Wolfgang - Trümbach

Dissert. Würzburg 1955

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. med. K. Burger

Zum Thema Schwangerschaft und Geburt bei Tuberkulose.

Unter Zugrundelegung der Fälle der Universitäts-Frauenklinik Würzburg in den Jahren 1947 mit 1952

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wolfgang Trümbach

aus Bad Bocklet

Würzburg 1955

Tag der mündl. Prüfung:

28. April 1955

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der ausgel. Entlehnung:

28. April 1953

Referent: Professor Dr. med. K. Burger

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg
bei C Rath, Bad Kissingen

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543524_0075

INHALTSVERZEICHNIS

A. Einleitung

Das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft

a) Ein kurzer geschichtlicher Überblick 7

b) Ergebnis der Durchsicht neuerer Literatur über das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft 10

B. Eigene Fälle - Kasuistik 21

C. Auswertung der Kasuistik 74

a) Interruptio der Gravidität wegen Tuberkulose 77

b) Ablehnung der Interruptio bei Patientinnen mit Tuberkulose . . 81

c) Geburten bei Frauen mit einer Tuberkulose 85

D. Zusammenfassung 89

Literaturverzeichnis 95

A. EINLEITUNG

Das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft.

a.) Ein kurzer geschichtlicher Überblick.

In der Literatur früherer Zeiten, insbesondere der vor dem 19. Jahrhundert, findet man nur wenig über das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft (H. H. Schmid). Erst durch die genauere Erforschung des pathologisch-anatomischen Substrates der Tuberkulose und insbesondere durch die Entdeckung des Tuberkelbazillus im Jahre 1882 durch Robert Koch trat hier eine Wandlung ein.

Um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts nahm man allgemein an, daß eine Schwangerschaft einen günstigen Einfluß auf eine bestehende Tuberkulose habe und glaubte dies folgendermaßen erklären zu können: Durch die allgemeine Gewebsauflockerung in graviditate soll der heilende Kräftestrom besser in der Lage sein an alle Stellen des Körpers zu gelangen. Auf Grund dieser Annahme empfahl man damals tuberkulösen Mädchen sogar die Heirat und Mutterschaft als heilendes Agens.

Von der geschilderten Ansicht wich erstmalig der Franzose Grisolles (1850) ab, der bei bestehender Tuberkulose vor einer Schwangerschaft warnte und als erster in diesem Zusammenhange die Unterbrechung der Gravidität ärztlich empfahl. Diese neue Richtung fand bald viele Anhänger und wurde schließlich sogar allgemein eingeschlagen. So wurde die Interruptio der Schwangerschaft bei Tuberkulose bis in die jüngste Zeit hinein vielfach befürwortet.

Zu Beginn unseres Jahrhunderts war es allgemein üblich, dann eine Schwangerschaft wegen Tuberkulose zu unterbrechen, wenn diese eine doppelseitige Lungentuberkulose mit dauerndem Fieber sowie Haemoptoe war, beziehungsweise wenn außerdem noch eine Kehlkopftuberkulose oder eine Herzinsuffizienz bestanden. Mit Einführung des Röntgenapparates hatte man dann neben der Auskultation, Perkussion, Inspektion und der Sputumuntersuchung ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel, um das Fortschreiten oder

die Ausheilung eines tuberkulösen Prozesses präziser verfolgen zu können. Auch war nunmehr über Jahre hinaus die Kontrolle des Befundes besser möglich, wodurch in der Diagnose- und besonders in der Prognosestellung eine größere Objektivität erzielt werden konnte. Es wurden nun auch Versuche unternommen, das tuberkulöse Geschehen in verschiedene Stadien einzuteilen, eine Methode, die sich während der Folgezeit in der Praxis auch im Hinblick auf die Frage einer Interruptio bewährt hat.

Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts häufig Graviditäten wegen einer Tuberkulose der Mutter unterbrochen wurden, mehrten sich in den letzten Jahrzehnten die Stimmen, die eine Interruptio aus diesem Grunde ablehnen. So wurden zuerst in der Schweiz, vor allem in Davos und in Leysin, später auch in Frankreich eigene Pavillons errichtet, in denen schwangere tuberkulöse Frauen konservativ behandelt wurden. Andererseits verweigerten damals aber nicht wenige Lungensanatorien die Aufnahme tuberkulöser Schwangerer, weil sie sich von der Behandlung der Tuberkulose während der Schwangerschaft wenig versprachen und die vorhandenen Heilstätten sowieso nicht ausreichten, um alle behandlungsbedürftigen Tuberkulosefälle aufzunehmen. Als erster wandte sich Menge (1911) gegen die grundsätzliche Schwangerschafts-Unterbrechung wegen Tuberkulose. Diesen Standpunkt vertrat er auch später (1918), indem er dann sogar jede Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose grundsätzlich ablehnte.

In Deutschland wurde erstmalig 1924 von Scherer in den Heilstätten Mühltal bei Bromberg und in Lostau bei Magdeburg, sowie von Menge in Heidelberg versucht, bei der Lungentuberkulose statt der Schwangerschaftsunterbrechung eine Heilstättenbehandlung durchzuführen und die Schwangerschaft austragen zu lassen. Menge und sein damaliger Mitarbeiter A. Mayer konnten dann sogar zeigen, daß die konservative Behandlung einer Tuberkulose in der Gravidität bessere Erfolge zeitigt als die Unterbrechung. Aus Rußland wurde 1927 berichtet, daß in der großen Gebäranstalt „Klara Zetkin" in Moskau eine eigene Abteilung unter der Leitung von Blisnianskaja ausschließlich für Tuberkulosefälle zur Verfügung stehe.

Die erste eigene Abteilung für tuberkulöse Schwangere wurde, dank der Initiative von Etsch, in einer deutschen Heilanstalt (Hohenelmberg in Westf.) 1933 errichtet. Diese Abteilung trug durch ihre Erfolge mit dazu bei, den konservativen Standpunkt in der Frage der Interruptio bei tuberkulosekranken Schwangeren zu festigen.
Gute Ergebnisse der Tuberkulosebehandlung während der Gravidität teilten in den folgenden Jahren auch Forlanini (Rom 1937) und Alfieri (Mailand 1939) mit.
Die Interruptio der Schwangerschaft wegen Tuberkulose, die insbesondere von Hamburger, Heinemann, Maragliano, Pradelle, Schauta, Rist u. anderen vertreten wurde, konnte dann aber auch von diesen nicht mehr so generell befürwortet werden, da sich diese Ansicht mit den in der neueren Zeit entwickelten Therapiemöglichkeiten schließlich nicht mehr vertrug. Immerhin standen 1937 noch eine Anzahl Geburtshelfer auf einem Standpunkt, den das bekannte Zitat von Young charakterisiert: „If a virgin, no marriage; if married, no pregnancy; if pregnant, no confinement and for the mother no suckling".
Bräuning, einer der besten Kenner des Tuberkuloseproblems seiner Zeit, hat bereits 1936 erklärt, daß man allgemein 16 mal fälschlicherweise eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose vornehme, um das 17. Mal das Richtige zu tun.
Im Laufe der Jahre setzte sich in der Behandlung tuberkulöser Schwangerer dann aber allmählich eine „Therapie der mittleren Linie" durch, das heißt, es wurde nur noch bei schweren tuberkulösen Erkrankungen die Schwangerschaft unterbrochen. Hier seien besonders die Gynäkologen Menge, Schultze-Rhonhof, Hansen, Kupferberg, A. Mayer und Opitz, sowie die Heilstättenärzte Scherer, Kühne, Curschmann, Diehl, Kühn, Sachs u. Schüler genannt, die sich für diese Therapierichtung einsetzten.
Eine spürbare Wandlung erfuhr die allgemeine Tuberkulosebehandlung auch durch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" v. 3.7.1934, welches die Tuberkulosefürsorge den Gesundheitsämtern zur Pflicht machte, während sie vorher der Privatinitiative der einelnen Städte obag.

Wie aus diesen kurzen Literaturangaben hervorgeht, wurden viele Versuche unternommen, das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft zu lösen. Bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts herrschte die Ansicht, daß eine Schwangerschaft keine Verschlechterung einer bestehenden Tuberkulose bewirke. Um die Jahrhundertwende befürwortete man dann allgemein die Interruptio bei Tuberkulose. Von 1920 an gewann dann aber wieder die konservative Einstellung an Bedeutung, zumal durch die Entwicklung besserer Behandlungsmethoden auch die Erfolge der exspektativ-konservativen Tuberkulosetherapie in der Gravidität bessere wurden und somit ein solches Vorgehen rechtfertigen.

b.) Ergebnis der Durchsicht neuerer Literatur über das Problem Tuberkulose und Schwangerschaft.

Studiert man die neuere Literatur, die sich mit dem Problem Tuberkulose und Schwangerschaft auseinandersetzt, so stellt man fest, daß in den letzten Jahren eine Interruptio bei tuberkulösen Graviden im allgemeinen abgelehnt wurde. Der Grund hierfür ist wohl, daß man heute die Lungentuberkulose in fast allen Stadien sowohl medikamentös als auch operativ erfolgversprechend behandeln kann. Diese ‚konservativ-aktive' Therapie sollte aber nur in eigens dafür eingerichteten Heilstätten durchgeführt werden. Es ist deshalb also angezeigt, die Beurteilung und Ueberwachung aller tuberkulösen Graviden solchen Sanatorien zu überlassen, die über eigene Abteilungen für Schwangere und Wöchnerinnen verfügen.
Sehr erfreulich ist, daß sich heute fast alle Autoren dieser neuen Richtung anschließen, und es ist zu hoffen, daß durch systematische Forschung in der Zukunft noch bessere Erfolge auf diesem Gebiete erzielt werden können.

Was die **gesetzliche Regelung einer Interruptio wegen Tuberkulose** anbelangt, so läßt unsere heutige Gesetzgebung hier noch immer eine klare, eindeutige Formulierung vermissen. — Der Paragraph 218 des Strafgesetzbuches verbietet die Abtreibung der Leibesfrucht durch die Schwangere selbst, sowie durch einen Dritten. Vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.33.

bestand keine gesetzliche Handhabe, die die Unterbrechung erlaubte. Lediglich auf Grund der Entscheidungen des Reichsgerichtes war damals eine Schwangerschaftsunterbrechung gerechtfertigt, und zwar nach der Bestimmung über den sogenannten „übergesetzlichen Notstand". Das bedeutet aber, daß die Verletzung eines Gesetzes (hier also des Paragraph 218 des StGB) dann nicht rechtswidrig, demnach nicht strafbar ist, wenn die Handlung das einzige Mittel darstellt, um ein höherwertiges Rechtsgut (in diesem Falle das Leben der Schwangeren) durch Vernichtung eines geringerwertigen Rechtsgutes (Leben der Leibesfrucht) zu retten. Dieser Rechtsgedanke wurde dann später im Paragraph 14 StGB gesetzlich verankert, der eine Interruptio dann gestattet, wenn der Arzt die Schwangerschaftsunterbrechung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben derjenigen, an der er sie vornimmt, vollzieht". Es bestand einige Zeit Unklarheit darüber, ob auch Paragraph 14 dieses Gesetzes jetzt noch gilt oder nicht. Tatsächlich wurde er auch in einigen Ländern Westdeutschlands aufgehoben, dann aber im allgemeinen durch Bestimmungen ähnlichen Inhalts ersetzt. Diese bestehenden Differenzen wurden von W e i ß und F e d e r h e n im einzelnen zusammengestellt. Für Bayern gilt zur Zeit diesbezüglich das Bayerische Aerztegesetz von 1946, das die Interruptio nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vorsieht. Die Erlaubnis hiefür ist abhängig von der Entscheidung einer ärztlichen Schwangerschafts-Unterbrechungs-Kommission, die sich auf die Gutachten von mindestens zwei Aerzten stützen muß (D o e r f l e r) und zu der im allgemeinen ein Facharzt für das in Frage kommende Leiden, in unserem Falle also die Tuberkulose, gehören soll. Die Schwangerschafts-Unterbrechungs-Kommissionen, die sogenannten Gutachterstellen, sind in der Regel den Aerztlichen Bezirksvereinigungen, die Untergliederungen der Landesärztekammer sind, angeschlossen.

Es muß dringend verlangt werden, daß die in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik somit noch immer bestehenden Differenzen bezüglich der Interruptio der Schwangerschaft, speziell wegen Tuberkulose, durch ein einheitliches Gesetz auf Bundesebene geregelt werden (B e r t h o l d M ü l l e r).

Auf dem Tuberkulosekongreß in Bad Kreuznach im Jhr. 1935 sagte Bräuning, daß es wohl allgemein keine nennenswerte Härte sei, wenn Schwangerschafts-Unterbrechungen wegen Tuberkulose verboten würden. Und Schultze-Rhonhof konnte 1948 feststellen, daß sich der Gedanke, die Tuberkulose in der Schwangerschaft nicht durch eine Interruptio zu behandeln, „mit ungeahnter Einigkeit" durchsetze. Hier ist auch das Ergebnis der Tuberkulosetagung in Münster im Jahre 1950 zu nennen. Das Zentralkommitee zur Bekämpfung der Tuberkulose in der britischen Besatzungszone forderte damals die Aufstellung einer Kommission, die an Hand von 1970 Fällen, bei denen es sich um Patientinnen mit Tuberkulose aller Formen handelte, die die von Lydtin 1936 in seinem Buch festgelegten Richtlinien überprüfen und neue Wege in der Behandlung tuberkulöser Gravider aufzeigen solle. Das Kommitee wurde von Ickert, Heymer, A. Mayer, und Seegers gebildet. Es stellte folgendes fest:

1. Die bisherige Anschauung, daß die Schwangerschaft, die Wehentätigkeit und das Wochenbett eine bestehende Tuberkulose an sich verschlimmern, kann nicht mehr aufrechterhalten werden. Deshalb kann die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose keinesfalls eine Form der Behandlung der Tuberkulose darstellen.

2. Die Fortschritte in der Behandlung der Tuberkulose haben die Prognose auch bei Schwangeren entschieden verbessert ohne eine bis jetzt nachzuweisende Schädigung des Kindes. Die Tuberkulose der Schwangeren kann bei systematischer Behandlung in Heilstätten ebensogut beeinflußt werden als bei Nichtschwangeren.

Auch auf dem 1. Kongreß der Süddeutschen Tuberkuloseärzte (1948) wurde eindringlich darauf hingewiesen, die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose strenger zu stellen.

Im Folgenden soll neben der Frage der Interruptio besonders **das Problem der Fehl- und Frühgeburten, des Geburtsvorganges als solcher, die Frage des Stillens bei Tuberkulose** sowie die Frage der **Sterblichkeit tuberkulosekranker Mütter** an Hand von Literaturauszügen erörtert werden, denn es ist

ja nicht nur die Frage der Interruptio allein, die unser Thema so problematisch macht, sondern auch all die anderen Gebiete, die in das der Schwangerschaft hineinreichen, müssen ja hier zwangsläufig mit angeschnitten werden.
Im großen und ganzen sind heute hinsichtlich der Frage der Interruptio bei Tuberkulose zwei konservative Richtungen zu unterscheiden.

1. die absolut konservative und
2. die mit Einschränkung konservative.

Die große Bedeutung, die die konservative Therapie heute hinsichtlich des Problems Tuberkulose und Schwangerschaft hat, ist vor allen Dingen auf die besseren Behandlungsmöglichkeiten der Tuberkulose, insbesondere durch die Einführung der Tuberkulostatica und die Möglichkeit, Lungenoperationen jetzt gefahrloser und vollendeter vorzunehmen, zurückzuführen. Auskunft über Behandlungsweise und Erfolge mit tuberkulostatischen Mitteln geben besonders die Arbeiten von Boehme, Fourestier, Grasset, Klee, Kuhlmann, Morandi (Paris), Reimers, Schaich, Sturm und Virágh. Von den Veröffentlichungen über lungenchirurgische Eingriffe bei Tuberkulose seien hier besonders die von Abderhalden, Badde, Goecke, Goeddе, Jahn, Schüler und Seegers erwähnt.

Im Folgenden soll zuerst von denjenigen Autoren die Rede sein, die sich der **absolut konservativen Richtung** in der Behandlung tuberkulöser Schwangerer angeschlossen haben. So betont zum Beispiel Edge, daß es nicht bewiesen sei, daß die Geburt zum normalen Zeitpunkt irgendeinen nachteiligen Effekt auf eine bei der Mutter bestehende Lungentuberkulose habe und daß eine Interruptio jedenfalls in der Regel keinen günstigen Einfluß auf den Verlauf dieser Erkrankung erkennen lasse. Auch Goecke sieht in der Tuberkulose keine Indikation zur Interruptio, da eben die Erfolge einer konservativen Behandlung während der Schwangerschaft nicht geringer sind als bei nicht graviden tuberkulösen Frauen. Fällt der Beginn der Erkrankung mit dem der Schwangerschaft zusammen, so ist zwar die Letalität eine etwas größere als bei Patientinnen, die schon lange an einem Morbus Koch erkrankt sind, jedoch ist sie auch in

solchen Fällen nicht so beträchtlich, daß sie eine Interruptio rechtfertigen würde. Auch Heymer und Sommer lehnen die Interruptio wegen Tuberkulose ab, weil sie nach ihrer Meinung keine Behandlung dieser Erkrankung darstelle und weil heutzutage die Schwangerschaft keine Kontraindikation für große Lungenoperationen sei. Weiterhin stellte Heymer (1949) fest, daß bisher keine überzeugenden Beweise für die Verschlimmerung einer Tuberkulose durch eine Schwangerschaft erbracht werden konnte und daß insbesondere die Begründungen mit einer Demineralisierung, einer Aenderung des Cholesterinspiegels, einer Abnahme des Lipasegehaltes, eines Vitaminmangels oder einer sich schädlich auswirkenden mechanischen Umstellung durch die Geburt sowie auch die eines Eiweißmangels nicht überzeugen konnten. — Kampelmann berichtete 1931 über eine größere Zahl Schwangerschaftsunterbrechungen und kommt in seiner Arbeit zusammenfassend zu der Feststellung, daß in seinem Material jeglicher günstige, für die Interruptio sprechende Erfolg fehle. Und Goecke, König und Gerfeld, die 2000 Fälle von Geburten bei Frauen mit Tuberkulose untersuchten, fanden die Prognose einer Schwangeren-Tbc. gegenüber einer Vergleichsgruppe der allgemeinen Tuberkulosestatistik nicht verschlechtert, wohl aber bei unterbrochener Gravidität. Königs Meinung zu diesem Problem läßt sein Ausspruch erkennen: „Es gibt nur eine Indikation bei Tuberkulose in der Schwangerschaft und das ist die Heilstätte."Auf die Nachteile eines artifiziellen, medizinischen Abortes bei graviden Tuberkulösen hat unter anderem auch A. Mayer besonders hingewiesen. Auch er sieht in der Interruptio eine veraltete Behandlungsmethode der Tuberkulose und warnt vor der von einigen Internisten aufgestellten Theorie, daß im Wochenbett die Gefahr einer ernsten Verschlimmerung des tuberkulösen Geschehens drohe und entgegnet, daß durch eine Unterbrechung ja nur „ein künstliches Wochenbett zur Verhütung des natürlichen" geschaffen werde. Dieser bekannte Gynäkologe fährt dann fort: „Das ganze kommt mir vor, als ob man heute jemanden das Bein abschlägt, damit er es morgen nicht bricht".
H. H. Schmid sieht zwar in einer Schwangerschaft eine gewisse Gefahr für die tuberkulose-kranke Frau, doch

sei diese in ihrem Umfange im allgemeinen nicht ausreichend zu erfassen, infolgedessen für den Einzelfall auch keine genügende Begründung eine Interruptio zu befürworten. Und Schönbeck geht sogar so weit, daß er sagt, daß die Interruptio aus dem Kreise der Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose überhaupt auszuscheiden habe. Schultze-Rhonhof lehnt die Unterbrechung wegen Tuberkulose ebenfalls ab, da kein Arzt unter Berufung auf eine möglicherweise fragliche Prognose berechtigt sei zu interrupieren. Die Schwere der Tuberkulose gebe keinen genügenden Hinweis für deren Prognose. Nach seiner Ansicht „kränkeln" auch die Patientinnen nach einer Interruptio oft noch lange nach, was eine weitere Kontraindikation für diesen Eingriff sei. Seegers sah in seinem Beobachtungsgut (925 Geburten tuberkulöser Schwangerer) zahlreiche gute Erfolge und hält deshalb heute, bedingt durch die jetzt guten Behandlungsmöglichkeiten, eine Interruptio wegen einer Tuberkulose der Mutter ebenfalls nicht mehr für berechtigt. Alle seine rechtzeitig behandelten Fälle mit offener Lungentuberkulose waren bereits vor der Niederkunft geschlossen. Weder die Durchführung einer Pneumolyse oder Thorakoplastik bis zum 8. Graviditätsmonat bedeuteten eine zusätzliche Gefahr für die Schwangere oder das Kind. Diese seine Angaben wurden unter anderem auch von Kornfeld und Adelberg bestätigt.

Wenn auch über die Lungen-Resektions-Behandlung bei Schwangerschaftstuberkulose bisher nur wenig bekannt ist und deshalb bezüglich dieser operativen Maßnahme bei Graviden zur Zeit noch eine kritische Haltung angezeigt erscheint (Seegers), so konnte doch Schäfer bereits über eine Lobektomie im 2. Monat der Schwangerschaft, die mit einer komplikationslosen Geburt endete, berichten sowie 6 weitere normale Geburten bei früher lob- beziehungsweise pneumektomierten Frauen anführen.

Ein unstillbares Erbrechen während der Gravidität stellt nach Dittmar eine sehr große Gefahr für die tuberkulöse Frau dar. Nach diesem Autor, der in die Gruppe der **mit Einschränkung konservativen Behandler** gehört, gelten als strenge Indikationen zur Unterbrechung wegen Tuberkulose

a) die beschleunigte Progredienz einer offenen bzw. früher offenen oder ausgedehnten geschlossenen aber aktiven Tuberkulose;

b) ausgedehnte perifokale Reaktivierung und akute Schübe vorwiegend exsudativen Charakters;

c) der mangelhaft therapeutische Erfolg einer anfangs versuchten Kollapstherapie.

Dabei ist jedoch nach diesem Autor in jedem einzelnen Falle auch die soziale und seelische Situation der Patientin genau zu prüfen und zu berücksichtigen. Auch Naujocks steht auf dem Standpunkt, daß der Einzelfall zu prüfen sei, da eine Gravidität eine Tuberkulose verschlimmern könne. Goecke und auch Viragh glauben, daß die Knochentuberkulose einen Sonderfall darstelle, der eventl. eine Interruptio rechtfertige. Kovács vertritt ebenfalls die Meinung, fordert aber erst den Nachweis der Erfolglosigkeit einer Streptomycinbehandlung. Rochat hält eine Interruptio in den Fällen für angezeigt, in denen sich die Tuberkulose in den ersten drei Graviditätsmonaten verschlechtere.
Schmidt — Elmendorf ist für unbedingte Heilstättenbehandlung und so lange noch keine rasch wirksamen Mittel gegen die Tuberkulose gefunden sind, für eine eventl. Interruptio bei Primärinfektion während der Schwangerschaft. Von Weicksel ist bekannt, daß er den Standpunkt vertritt, daß eine Interruptio nur dann berechtigt sei, wenn es sich bei der Erkrankung der Graviden um eine manifeste aktive und exsudative Tuberkulose handelt, die zur Einschmelzung neigt. In solchen Fällen soll nämlich unter der Geburt durch die intraabdominellen Druckschwankungen die Gefahr einer Cavernenzerreißung drohen. Und Seegers ist der Meinung, daß eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung dann gegeben sei, wenn es sich um eine Kombinationserkrankung handelt, zum Beispiel Diabetes plus Tuberkulose oder wenn eine chronische Tuberkulose mit gehäuften Schüben, insbesondere wenn diese nachweislich während der Schwangerschaft auftreten, vorliegt. Es ist bekannt, daß **Früh- und Fehlgeburten** den Zustand einer bestehenden Tuberkulose verschlechtern können, ja es kommt unter Umständen im Anschlusse an diese sogar

zu einer Generalisierung. So beobachteten H.H. Schmid und Hacke im Anschluß an Aborte und Frühgeburten häufiger eine Meningitis tuberculosa als nach termingerechten Geburten. Nach Goecke liegt die absolute Zahl der Fehl- und Frühgeburten bei Tuberkulose mit 9,1 v. H. nicht höher als bei nichttuberkulösen Frauen. Ratner sah in seinem Beobachtungsgut, das 260 tuberkulöse Schwangere umfaßt, in 23,6 v. H. Aborte und Frühgeburten. Nach Dittmar und Enzmann ist die Möglichkeit einer Exacerbation der Tuberkulose besonders nach Spontanaborten und Interruptionen gegeben. Und Wenner berichtet über zwei Todesfälle bei Tuberkulose nach Aborten.

Von den einzelnen Phasen der **Geburt** ist besonders die Austreibungsperiode von Interesse für den die tuberkulöse Kreißende betreuenden Arzt. In dieser Zeit kommt es durch die Preßwehen unter anderem zu einer starken Belastung der Atmungsorgane der Frau, ferner können Geburtsverletzungen entstehen und durch den Blutverlust sub partu werden die Abwehrkräfte des Organismus geschwächt. Die intraabdominalen und intrathorakalen Druckverhältnisse ändern sich gerade in der Austreibungsperiode erheblich. Während in der Schwangerschaft in zunehmendem Maße durch den physiologischen Zwerchfellhochstand eine biologische Kollapstherapie unterhalten wird, tritt post partum durch das Nachlassen des Druckes in der Bauchhöhle das Zwerchfell tiefer und die Gefahr einer Cavernenruptur durch Dehnung der Lunge wird akut (De Gouvea). Diese Überlegung führte zu dem Gedanken, nach der Geburt ein Pneumoperitoneum anzulegen.

Die folgenden Autoren berichten über Mittel und Wege zur Abkürzung und Erleichterung der Austreibungsperiode bei Kreißenden mit einem Morbus Koch - Seegers machte in über 9 v. H. seiner diesbezüglichen Fälle eine Beckenausgangszange und betrachtete sie als Entlastungsforceps, um der Mutter das Pressen möglichst zu ersparen. Auch Dittmar, H.H. Schmid und Reist sehen im Pressakt und den intraabdominellen Druckschwankungen während und nach der Geburt eine ernste Gefahr für die Mutter. Goecke legte bei seinen Fällen in über 6 v. H. eine Beckenausgangszange an, Badde sogar in über 12 v.H. Der Letzt-

genannte fordert auch das Nachfüllen eines eventuellen Pneumothorax gleich post partum, da die Gefahr einer Streuung in diesem Stadium mit 4 v.H. besonders groß sei. Virágh ist der Meinung, daß die Sectio caesarea bei tuberkulösen Frauen nicht gefährlicher sei als sonst. Er wendet sie hauptsächlich bei Tuberkulosefällen mit Herzleiden an.

Ein Pneumoperitoneum wird von Virágh möglichst schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten, sonst aber gleich post partum angelegt. De Gouvea wendet es bei seinen Tuberkulosefällen mit Cavernen grundsätzlich an.

Die **Bedeutung des Stillens** für den Verlauf einer bestehenden Tuberkulose der Mutter wird zum Teil recht unterschiedlich beurteilt. Man muß diesbezüglich unterscheiden zwischen Gefahren für die Mutter und solchen für das Kind. Die tuberkulöse Mutter wird durch den Stillakt und durch die Abgabe von wichtigen Nährstoffen, die in der Milch enthalten sind, geschwächt und so in ihrem immunbiologischen Gleichgewicht u.U. ungünstig beeinflußt. Für das Kind ist bei einer Lungentuberkulose der Stillenden durch die Milch allgemein keine direkte Ansteckungsgefahr vorhanden. Wenn es infiziert wird, so nur bei einer Brustdrüsentuberkulose, doch besonders durch Tröpfchen- und Schmierinfektion bei einer offenen, spezifischen Lungenaffektion seiner Mutter. Goecke glaubt, daß das Stillen keinen nachteiligen Einfluß auf den Verlauf der Tuberkulose der Mutter habe, spricht aber von einer nicht unbedingt notwendigen Kraftentziehung, die man der Tuberkulösen ersparen solle. Aus dem gleichen Grunde verzichten auch Seegers, Weicksel, Virágh und viele andere grundsätzlich auf das Stillen. Dittmar sieht im Stillakt eine Möglichkeit zu einer Exacerbation und ist mit H. H. Schmid der Meinung, daß es die Tuberkulose der Mütter ungünstig beeinflussen könne. Köster und Schönbeck sowie viele andere sind auch in dieser Hinsicht für eine individuelle Beurteilung des einzelnen Falles.

Als letzten Punkt dieser Betrachtung möchten wir noch Ergebnisse aus der Literatur in Bezug auf **Besserung, Verschlechterung und Tod bei Tuberkulose während der Schwangerschaft** anführen.

Seegers hat bei 925 Geburten tuberkulöser Frauen in keinem einzigen Falle in unmittelbarem Anschluß an den Partus eine Verschlechterung ihrer Tuberkulose gesehen. Nach einer halbjährigen Beobachtungszeit gab er dann für diese Fälle die nachstehenden Zahlen als Frühergebnisse bekannt: gebessert 15 von Hundert, unverändert 79,5 v. Hundert, verstorben 5 von Hundert. Goeckes entsprechende Ergebnisse lauten: 25,6 von Hundert Verschlechterungen, davon 8,5 v. Hundert in der Gravidität, 17,1 von Hundert im ersten halben Jahr nach der Entbindung, 6,5 v. Hundert waren verstorben. In Heymers Material waren post partum hinsichtlich ihres Tuberkulosebefundes 15 v. Hundert der Patientinnen gebessert, bei 65 von Hundert war er unverändert und in 20 von Hundert kam es zu einer Verschlechterung.

Die Letalität bei Tuberkulose soll nach Goecke durch das Gestationsgeschehen nicht wesentlich beeinflußt werden. Hutschinson errechnete eine solche von 60 v. H. bei Tuberkulösen, die geboren haben. Sie ist damit etwas höher als bei Patientinnen, die keine Schwangerschaft durchgemacht haben, bei denen er eine Letalität von 56 v. H. fand. Norris beobachtete eine Tuberkulosesterblichkeit von 44 v. H. bei Müttern mit einem offenen Morbus Koch, dagegen nur 38 v. H. bei anderen Frauen mit einer offenen Tuberkulose.

Nach Breuning, Schultze-Rhonhof, Hansen Menge, A. Mayer und Virágh erfährt eine Lungentuberkulose, sofern eine sachgemäße Behandlung gewährleistet ist, durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sehr häufig überhaupt keine Verschlechterung.

Schäfer, der seine Beobachtungen hauptsächlich auf 231 Geburten und 35 Interruptiones bei Tuberkulose stützt, glaubt, daß die Letalität in solchen Fällen wesentlich von der Dauer der Erkrankung abhänge. So sah er 30,4 v. H. Todesfälle bei tuberkulösen Schwangeren überhaupt, gegenüber 10 v. Hundert bei solchen Graviden, die schon seit langer Zeit erkrankt waren. Frey stellte an 154 Fällen fest daß tuberkulöse Schwangere unter 20 Jahren und über 35 Jahren im allgemeinen eine bessere Prognose haben als die in dem dazwischenliegenden Lebensabschnitt. Und Enz-

mann sah in seinem Material in 48 v. H. nach Graviditäten und Geburten eine Verschlechterung der Lungentuberkulose. In 28 v. Hundert der Fälle wurde die Tuberkulose erst nach der Geburt festgestellt. Auch glaubt dieser Autor, daß die Wahrscheinlichkeit einer Reaktivierung mit der Zahl der Entbindungen zunehme. — Ratner berichtet über 260 Geburten tuberkulöser Frauen. Von diesen starben 14,6 v.H. kurz nach der Entbindung. Edge jedoch sagt, daß es nicht bewiesen sei, daß eine Geburt zum normalen Zeitpunkt irgendeinen Effekt auf die Lungentuberkulose habe. Nach Kampelmann ist das erste halbe Jahr post partum für das Schicksal der Patientinnen ausschlaggebend. Braeuning berichtet von 6 Prozent Todesfällen an Tuberkulose nach der Geburt, jedoch stehen nur 4 v. H. in ursächlichem Zusammenhang mit dem Partus. Koenig gibt für seine wohl diesbezüglich größte Fallzusammenstellung (1791 Patientinnen) das folgende Ergebnis bekannt: Bei 1649 Geburten kam es in 20 v. H. zu einer Besserung des tuberkulösen Prozesses der Mutter, in 55 v. H. blieb er gleich und in 25 v. H. verschlechterte er sich. Bei 142 Unterbrechungen wegen Tuberkulose besserte sich in 12 v. H. der Befund, in 39 v.H. blieb er unverändert und in 40 v.H. kam es zu einer Verschlechterung. Neun Prozent der Patientinnen verstarben.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß in den letzten Jahren die konservative Richtung in der Behandlung der Schwangerschaft bei Tuberkulose mehr und mehr an Bedeutung gewann. In fast allen neueren Veröffentlichungen wird für derartige Fälle eine fachgemäße Beurteilung und Behandlungen in Lungenheilstätten gefordert. Trotzdem werden aber auch noch jetzt in verhältnismäßig großer Zahl Schwangerschaftsunterbrechungen wegen Tuberkulose durchgeführt. Dringend notwendig wäre hier eine den neuen Erkenntnissen gerechtwerdende gesetzliche Regelung auf Bundesebene.
Es sollte gezeigt werden, daß zwar die Möglichkeit einer Verschlechterung des tuberkulösen Befundes im Zusammenhang mit der Gestation besteht, daß diese aber nicht vorhergesagt werden kann und somit eine Interruptio wo-

gen Tuberkulose heutzutage allgemein nur dann angezeigt ist, wenn trotz Heilstätten- oder Klinikbehandlung objektiv eine Verschlechterung des Befundes eintritt.
Die Forderung nach einer schonenden und beschleunigten Geburtsbeendigung in der Austreibungsperiode tuberkulöser Kreißender wird heute allgemein anerkannt.
Das Stillen ist bei Müttern mit Tuberkulose nicht grundsätzlich abzulehnen. Es besteht andererseits nach Ansicht der meisten Autoren auch kein Grund es einer tuberkulösen Wöchnerin zu empfehlen. In Fällen von einer offenen Tuberkulose der Mutter ist jedoch das Kind wegen der Gefahren einer Infektion sofort post partum zu isolieren. — Somit ist es aber ratsam, auch in dieser Frage, die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen.
Im folgenden Abschnitt sollen nun die Fälle unseres eigenen Beobachtungsgutes, das sich auf die Jahre 1947 (1.1.47) mit 1952 (31.12.52.) erstreckt, besprochen und dann kritisch ausgewertet worden.

B. EIGENE FÄLLE — KASUISTIK.

Fall 1 KBL.-Nr.: 47-345-Op.

Frau B.S. 34 Jahre II.-grav, I.-para. Klinikaufnahme am 23.5.1947 für 24 Tage.

Vorgeschichte: Seit 10 Jahren Lungen-Tbc., vor 10 Monaten Pneu angelegt. 1939 Spontangeburt eines reifen Mädchens, 9 Tage Wochenbett, 10 Monate gestillt, Wochenbett o. B.

Befund: Lunge: rechts Pneu, in der kollabierten Lunge ein fünfmarkstückgroßer Bezirk aus zahlreichen dichtstehenden Herdschatten. Einige schärfer begrenzte, stecknadelkopfgroße Herdschatten ebenfalls dort, sowie im linken Spitzen- und Oberfeld. Im linken Oberfeld hilusnah einige ringförmige Aufhellungen. Pleurastränge.

Diagnose: Offene, doppelseitige, acino-nodöse Tbc. mit exsudativen Herden und Cavernen in der rechtsseitigen kollabierten Lunge und Verdacht auf kleine Aufhellungen in der linken Lunge. Rechts Pneu mit Pleurasträngen. Schwangerschaft im 3.—4. Monat.

Beurteilung:
1. UNNRA Hospital Lohr a. Main: „Wegen Diagnose scheint Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt'.
2. Prof. G. Burckhard, Frauenfacharzt, Lohr a. Main: „Ich schließe mich der Ansicht des UNRRA Hospitals Lohr an".
3. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Frau S. hat trotz des Pneumothorax rechts eine offene Tuberkulose und der Bazillenbefund im Sputum blieb positiv. Es sind Verwachsungsstränge rechts deutlich zu sehen, die man eventuell durch Kaustik durchtrennen kann. Aber - und das ist bedeutsam — auch links ist ein zwar älterer Prozeß im Oberfeld und das Unterfeld ist auch nicht ganz sauber. So halte ich nach Abwägung aller Umstände die Unterbrechung der Schwangerschaft für notwendig. Die Austragung der Gravidität würde bestimmt von üblen Folgen für die Kranke sein".

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.
Postoperativer Verlauf: Ohne Komplikationen.
Nachforschung: Ergebnislos, da ausgewandert.

Fall 2: KBl.-Nr.: 47-576-On. (Vergl. Fall 34)
Frau A.V. 27 Jahre, V.-grav., III.-para. Aufnahme am 9.9.1947 für 10 Tage.
Vorgeschichte: 3 mal Lungenentzündung, April 1947 Pleuritis exsudativa. Frühere Geburten: mit 17 Jahren Spontangeburt, mit 18 Jahren fieberhafter Abort mens II, mit 21 und 22 Jahren je eine Spontangeburt.
Befund: Lunge: auskultatorisch kein path. Befund, röntgenologisch eine inhomogene Trübung im Bereiche des linken Spitzen- und angrenzenden Oberfeldes. Vereinzelte Streifenschatten im rechten Spitzenfeld. Es handelt sich nicht um einen frischen tuberkulösen Prozeß.
Diagnose: Produktive, cirrhotische, z. Zt. inaktive Lungen-Tbc. — Schwangerschaft im 2. Monat.
Beurteilung:
1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Eine Verschlechterung des Prozesses durch eine Gravidität ist bei dem nicht sehr günstigen Allgemeinzustand der Pat. und unter den derzeitigen Lebensbedingungen durchaus möglich. Da es sich aber nicht um frische Prozesse in der Lunge han-

delt und der Prozess nicht so weit fortgeschritten ist, als daß eine Schwangerschaftsunterbrechung indiziert wäre, wird eine Interruptio nicht für notwendig erachtet. Es wird Heilstättenbehandlung vorgeschlagen, insbesondere auch nach der Geburt. Bei deutlicher Verschlechterung des Prozesses wäre eine erneute Einweisung zur Prüfung der Frage einer Interruptio notwendig."

2. Dr. med. Rheindorf, Facharzt für innere Krankheiten, Kitzingen: „Da die Gravidität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erneute Aktivierung der Lungen-Tbc. zur Folge haben würde, erscheint eine Interruptio dringend geboten".

Nachforschung: Siehe Fall 34.

Fall 3 KBl.-Nr.: 48-32-Op.

Frau M.St. 33 Jahre, III.-grav., II.-para. 15 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 19 und 21 Jahren je eine Spontangeburt. Seit 2 Jahren offene Lungentuberkulose. Seit Beginn der jetzigen Schwangerschaft leidet die Pat. vermehrt unter Husten, Müdigkeit und Nachtschweißen.

Befund: Röntgenbefund der Lunge: Tuberkulöse Einschmelzungen im Bereiche des 3. ICR rechts. Der Sputumbefund ist Tbc positiv.

Diagnose: Rechtsseitige produktiv-exsudative, offene Lungentuberkulose. — Schwangerschaft mens V.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Von unserer Seite wird mit Rücksicht auf den Lungenbefund vorgeschlagen, den für die Patientin am wenigsten belastenden Eingriff auszuführen". Eine Sterilisation erscheint angezeigt.

Therapie: Schwangerschaftsunterbrechung mittels Hysterotomia ant. und anschließender Amputatio corporis uteri per vaginam unter Belassung der Adnexe.

Nachforschung: Der postoperative Verlauf war normal. 7 Tage post operationem verließ die Pat. auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat die Klinik. — Auf mehrmaliges Schreiben keine Antwort. Pat. wurde deshalb zu Hause besucht und berichtet, daß es ihr gleich nach der

Entlassung sehr schlecht gegangen sei. Sie fühlte sich damals sehr elend und kam 3 Monate post op. in eine Heilstätte. Dortige Behandlung: doppelseitige Phrenicotomie, Pneumolyse, Bauchpneu und Oleothorax. 1950 wurde sie aus der Heilstättenbehandlung entlassen. Jetzt gehe es ihr gut.

Fall 4 KBl.-Nr.48-386-Op.

Frau G.S. 27 Jahre III.-grav, II.-para. 5 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 25 und 26 Jahren je eine Spontangeburt, beide Male gestillt. Im Juli 1948 wurde eine Lungentuberkulose festgestellt. Klagt über schlechten Schlaf und über eine Gewichtsabnahme von 5 kg innerhalb eines halben Jahres.

Befund: Größe 154 cm, Gewicht 47.5 kg, blasse Hautfarbe, Hb. 73 Prozent. Fakultativ offene, aktive, doppelseitige, produktiv-cirrhotische Lungenoberlappentuberkulose mit linksseitiger Cavernisierung.

Diagnose: Offene, aktive, doppelseitige, cavernöse Lungentuberkulose. — Gravidität mens IV—V.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Im Hinblick auf den reduzierten Allgemeinzustand und die Aktivität des Prozesses erscheint die Unterbrechung der Schwangerschaft gerechtfertigt.

2. Gesundheitsamt Marktheidenfeld: „Es besteht seitens des Gesundheitsamtes gegenüber der Unterbrechung der Schwangerschaft nach Erfüllung der jetzt bestehenden Vorschriften kein Bedenken".

3. Univ.-Frauenklinik Würzburg: „Der Krankheitsbefund sowie der reduzierte Allgemeinzustand der Pat. rechtfertigen von internistischer Seite aus die Unterbrechung der Gravidität im 4. Monat. Wir haben aus vitaler Indikation bei der Pat. die Interruptio durchgeführt.

Therapie: Interruptio durch teils digitale, teils instrumentelle Ausräumung des Uterus.

Nachforschung: Der postoperative Verlauf war normal. 10 Tage post interruptionem verließ die Pat. die Klinik. Durch die Interruptio keine Verschlechterung. Pat. war bis 1952 völlig ausgeheilt. Im Mai 1953 berichtet sie,

daß ein Ende 1952 erneut aufgetretener tuberkulöser Infekt nun ebenfalls ausgeheilt sei. — Frau S. hat in den Jahren 1950 und 1951 noch je einmal entbunden. 1951 kam es außerdem noch zu einer Frühgeburt. Dieses Kind lebte nur wenige Stunden, die beiden anderen sind gesund.

Fall 5 KBl.-Nr. 48-423-Op.

Frau O.H. 29 Jahre, I.-para, II.-grav. 2 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 26 Jahren spontane Steißgeburt mit Dammriß, im Wochenbett fieberhafte Mastitis. — Pat. klagt seit 4 Wochen über Gewichtsabnahme und abendlichen Hustenreiz. Vor 3 Wochen nach starkem Hustenanfall habe sie 3 Wassergläser voll blutigen Auswurfes entleert.

Befund: 164 cm groß, 50 kg schwer, Hb 78 v.H.-offene, aktive Lungentuberkulose links.

Diagnose: Offene, aktive Lungentuberkulose im linken Obergeschoß. Gravidität mens II—III.

Beurteilung:

1. Staatliches Gesundheitsamt Marktheidenfeld: „Unter diesen Umständen (Anamnese, Diagnose) bestehen seitens des Gesundheitsamtes gegen eine Unterbrechung der Schwangerschaft nach Erfüllung der jetzt bestehenden Vorschrift keine Bedenken".

2. Univ. Frauenklinik Würzburg: „Zur Klärung einer internistischen Indikationsstellung zur Interruptio wegen aktiver Lungentuberkulose wollten wir die Pat. in die Med. Univ.-Klinik Würzburg schicken. Da Frau H. eine solche Untersuchung nicht einwilligte und den Wunsch hat ihr Kind auszutragen, haben wir sie wieder entlassen".

Nachforschung: Die termingerechte Geburt verlief ohne besondere Komplikationen. Im Anschluß an den Partus war die Pat. in einer Lungenheilstätte und wurde von dort als gebessert entlassen. Die Geburt und das Wochenbett hatten keinen ungünstigen Einfluß auf die bestehende Tuberkulose. Im Mai 1953 gab die ehemalige Pat. an, daß es ihr gut gehe.

Fall 6 KBl.-Nr. 48-606-Op.

Frau M.Z. 35 Jahre, IV.-grav., III.-para. 2 Tage Klinikaufenthalt, verläßt diese dann heimlich.

Vorgeschichte: Mit 25, 29 und 32 Jahren je einen Spontanpartus. Alle drei Kinder gesund. Nach der 3. Geburt trat eine Verschlechterung der Tuberkulose ein. Seit wann diese besteht, ist nicht bekannt.

Befund: Anämisch (62 Prozent Hb), 8 000 Leuco, davon 40 v.H. Lympho, 6 v.H. Stab. Lungenröntgenbefund: Linkes Spitzenfeld im 1. und 2. ICR dichtfleckig, zum Teil weich verschattet mit vermehrter Streifenzeichnung zum Hilus hin. Linkes Zwerchfell und unterer Sinus nicht ganz frei. Im rechten Oberfeld Kalkherde.

Diagnose: Produktiv-indurative, linksseitige Lungenoberfeldtuberkulose mit progredientem Charakter und wahrscheinlichen frischen Streuherden im rechten Oberfeld. Schwangerschaft im .2—3. Monat.

Beurteilung:

1. Dr.med. Schindler, Lungenfacharzt, Ansbach: „Bei vorliegender Schwangerschaft ist die Indikation zur Interruptio gegeben, da der Befund einen progredienten Eindruck macht".

2.Dr.med.Spatze,prakt.Arzt,Rothenburg: „Auf Grund des Lungenbefundes und wegen des durch das Schwangerschaftserbrechen sehr rasch sich verschlechternden Allgemeinzustandes der Pat. beantrage ich die beschleunigte Durchführung der Genehmigung zur Schwangerschaftsunterbrechung."

3. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Da wir auf Grund der Röntgen-Übersichtsaufnahme der Lunge nicht entscheiden konnten, ob auch Einschmelzungen des Lungengewebes vorliegen, ließen wir ein Tomogramm anfertigen. Auch dieses ergab keinen Anhalt für Cavernenbildung. Wir möchten die Pat. nach 3 Wochen nochmals kontrollieren und werden dann zur Frage der Interruptio endgültig Stellung nehmen".

4. Univ. Frauenklinik Würzburg: „Pat. verließ heimlich, ohne jegliche Mitteilung das Haus".

Nachforschung: Es kam termingerecht zur Geburt. Post

partum trat keine Verschlechterung des Zustandes der Pat. ein. Im Sommer 1953 hatte Frau Z. keinerlei Beschwerden mehr.

Fall 7 KBl.-Nr. 51-402-Kons.

Frau A. Sch. 37 Jahre, III.-grav., II.-para. Aufnahme am 26.10.1951 für 13 Tage.

Vorgeschichte: 1948 Spontangeburt; 1949 Abort ohne Komplikationen. 1950 Spontangeburt, 10 Tage Fieber im Wochenbett. — 1943 von Januar bis März in Lungenheilstätte.

Am 11.10.1951 Spontangeburt zu Hause, seitdem Genitalblutungen, seit 14.10.1951 Fieber.

Befund: Anämisch (60 v. H. Hb), trockene pleuritische Geräusche. Temperatur bei der Aufnahme 39 Grad axillar. Röntgendiagnose: Frischer infiltrativer Prozeß im linken Unterlappen mit Beteiligung der basalen Pleura; alte, vernarbte, linksseitige Oberlappentuberkulose.

Diagnose: Genitalblutungen nach Hausgeburt, Subinvolutio uteri, Fieber im Wochenbett, frische infiltrative Lungentuberkulose.

Therapie: Wehenschema, Haemostyptica. - Verlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg.

Nachforschung: In der Med. Univ.-Klinik ist kein Krankenblatt vorhanden. Post kam zurück mit dem Vermerk: „Adressant unbekannt". Am Einwohneramt nicht gemeldet. Nachforschung blieb also ergebnislos.

Fall 8 KBl.-Nr. 49-523-Op.

Frau A.S. 38 Jahre, IV.-grav., II.-para. Klinikaufenthalt 1 Tag.

Vorgeschichte: Vater mit 61 Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Selbst: mit 27 und 30 Jahren je eine Spontangeburt, mit 28 Jahren Abort mens II-III. 1939 Rippenfellentzündung, 1942 nochmals. 1943 Lungenheilstättenbehandlung.

Befund: 162 cm groß, 65 kg schwer, Puls 84-min., RR 115/65, Temperatur normal.

Diagnose: Beiderseitige Lungentuberkulose, Status nach beidseitiger Pneumolyse. Gravidität mens IV.

Beurteilung:

Med. Univ.-Klinik Würzburg im Einklang mit der Univ. Frauenklinik Würzburg. Beide lehnen eine Interruptio ab, da die Lungentuberkulose zur Zeit nicht aktiv ist.

Nachforschung: Der Zustand der Tuberkulose der Pat. hat durch die rechtzeitige Geburt keine Verschlechterung erlitten. Pat. steht laufend in lungenfachärztlicher Kontrolle. (Dr. med. de l'Espine, Würzburg). Es geht ihr und ihren drei Kindern zur Zeit unserer Nachforschung (Sommer 1953) gut,auch ist Frau S.jetzt wieder schwanger.

Fall 9 KBl.-Nr. 50-43-Op.

Frau E.L. 35 Jahre, IV.-grav., III.-para. 1 Tag Klinikaufenthalt.

Vorgeschsichte: Mit 26, 28, und 32 Jahren je eine Spontangeburt. 2 der Kinder tuberkuloseverdächtig. - Im Februar 1949 wurde eine Lungentuberkulose festgestellt, seit Juni 1949 Pneumothorax. Letzte normale Regel vor 2 Monaten, vorher immer regelmäßig.

Befund: Ausreichender AZ und KZ. 160 cm groß, 61 kg schwer. Über der linken Lunge ist kein Atemgeräusch feststellbar.

Diagnose: Doppelseitige, offene, produktiv-cirrhotische Obergeschoßtuberkulose, Zustand bei Pneumothorax li Aschheim-Zondeksche Reaktion positiv.

Beurteilung:

1. Pat. wird von ihrem behandelnden Arzt, Dr. med. Baier. Burgsinn, zur Frage der Interruptio wegen Diagnose bei fraglicher Schwangerschaft geschickt.
2. Univ. Frauenklinik Würzburg: Pat. wurde wegen Platzmangels nachdem eine AZR angesetzt war, nach Hause entlassen. Die AZR fiel positiv aus. Frau L. wurde wieder einbestellt, kam jedoch nicht zur Aufnahme in die Klinik.

Nachforschung: Nach Angaben der Pat. kam es 1950 nicht zur Geburt. 1952 Abort im 4.—5. Monat, danach wieder Heilstättenbehandlung. Durch diesen Abort im Jahre 1952 trat eine Verschlechterung ein, es kam zu einer Einschmelzung des Infiltrates und zu einem positiven Bazil-

lenbefund im Sputum. Erst eine Pneumothoraxbehandlung brachte Besserung. Die Interruptio dieser Schwangerschaft war von der Med. Univ.-Klinik Würzburg abgelehnt worden. Es wurde auf die genügende Besserungsmöglichkeit allein durch Heilstättenbehandlung hingewiesen, der Frau L. auch zugeführt wurde. Im Mai 1953 berichtet Pat., daß ihre Tuberkulose geschlossen sei.

Fall 10 KBl.-Nr. 50-359-Op.

Frau K.T. 29 Jahre, II.-grav, I.-para. 6 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 23 Jahren Spontangeburt. Klagt jetzt über Beschwerden beim Wasserlassen, Harndrang und Verstopfung. Lungenröntgenaufnahme vor einem Monat angeblich o. B. — 1949 Nephrectomie links.

Befund: Rest-N 38 mg-Prozent, früher 57 mg-Prozent. Blauausscheidung rechts nach 8 Minuten in schwachem Strahl. Volhardscher Wasserversuch genügend in Bezug auf Konzentration und Verdünnung, sowie 4-Std.-Menge. Schwangerschaft mens II—IV.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Da bei uns alle einschlägigen urologischen Untersuchungen in Ordnung waren und auch das Blutbild eine für eine Schwangerschaft normale Beschaffenheit zeigte, haben wir die Interruptio abgelehnt, der Pat. jedoch angeraten, sich während der Schwangerschaft ärztlich kontrollieren zu lassen."

2. Chirurgische Univ.-Klinik Würzburg: „Von unserer Seite bestehen ernste Bedenken; Rest-N 57 mg-Prozent, Blauausscheidung rechts nach 8 Minuten in schwachem Strahl; Nierenbeckenurin rechts: zahlreiche Leuco und vereinzelte Ery. Cystoscopisch: vereinzelte Fibrinbeläge im Bereiche des rechten Ureterenostiums mit Haemorrhagien. Auf Grund der noch nicht vollkommen ausgeheilten Urotuberkulose ist eine Interruptio der Schwangerschaft zu empfehlen".

3. Univ.-Frauenklinik Würzburg: Konservative Beurteilung des Falles.

Therapie: Nierenfunktionsproben, genaue Verhaltungsvorschriften.

Nachforschung: Diese Gravidität wurde durch eine termingerechte Geburt beendet. Weder durch die Schwangerschaft noch durch den Partus kam es zu einer erkennbaren Verschlechterung der Tuberkulose. Sommer 1953: Mutter und Kind geht es gut.

Fall 11 KBl.-Nr. 50-707-Op.

Frau M.T. 31 Jahre, III.-grav, II.-para 9 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 23 und 25 Jahren je eine Spontangeburt, beide Kinder sind gesund. Seit 3 Jahren Lungentuberkulose, vor 2 Jahren Thorakoplastik. Pat. klagt jetzt über allgemeine Schwäche, in 6 Monaten 14 kg Gewichtsabnahme.

Befund: Magensaft Tbc.-Bazillen positiv. Vitalkapazität 1600 ccm, apnoische Pause verkürzt.

Diagnose: Offene, aktive, wahrscheinlich fortschreitende Lungentuberkulose mit Cavernenbildung, Pleuraresthöhle nach Thorakoplastik (1.—6. Rippe). Im linken Spitzenfeld wolkige, streifige Schatteneinlagerungen. Sinus nicht entfaltbar. Gravidität mens II—III.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Da eine erneute Kollapstherapie zur Beseitigung der nachgewiesenen Restcaverne aus internistischen und chirurgischen Gründen nicht mehr in Frage kommt, ist bei der Erhaltung der Schwangerschaft mit vorwiegender Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, daß im Verlaufe der Schwangerschaft beziehungsweise im Wochenbett eine bronchogene Streuung auftreten kann oder wird. Wir halten deshalb, selbst unter Anwendung eines strengen Maßstabes die absolute Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft für gegeben".

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Ohne Komplikationen.

Nachforschung: Pat. ist nach Amerika ausgewandert.

Fall 12 KBl.-Nr. 51-202-Op.

Frau R.H. 24 Jahre alt, IV.-grav, I.-para. 4 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Eine Tante — in Familiengemeinschaft lebend — leidet an Tuberkulose. Selbst: angeblich als 3-jähriges Kind lungenkrank nach Keuchhusten. Mit 21 Jahren Abort mens VI; mit 22 Jahren Spontangeburt, im Wochenbett Mastitis; mit 23 Jahren wieder Abort mens III, dabei wegen Mastitis bettkrank. März 1951 wurde spezifischer Lungenprozeß festgestellt. Pat. klagt jetzt über allgemeine Schwäche, Nachtschweiße, Neigung zu Ohnmachten, Obstipation.

Befund: Über der linken Lungenspitze feuchte, klingende, mittelblasige Rasselgeräusche. Leber hart, Grenze einen Querfinger unterhalb des Rippenbogens tastbar. Gallenfarbstoffe im Urin und Serum vermehrt, Leberfunktionsproben weisen auf einen schweren Leberparenchymschaden hin.

Diagnose: Linksseitige, vorwiegend exsudative Oberlappentuberkulose; schwere, enterogene, therapieresistente Hepatitis; Myocardschaden. — Gravidität mens III.

Beurteilung:
1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Wegen der Diagnose ist Unterbrechung der Schwangerschaft aus internen Gesichtspunkten dringend erforderlich."

Therapie: Interruptio durch Hysterotomia vaginalis anterior.

Postoperativer Verlauf: Ohne Besonderheiten.

Nachforschung: Nach der Unterbrechung laufende Besserung des Lungenbefundes, besonders nach Heilstättenaufenthalt im Jahre 1951. Im Mai 1953 allgemeines Wohlbefinden, kein Husten und kein Auswurf mehr.

Fall 13 KBl.-Nr. 52-70-Op.

Fräulein H.B. 26 Jahre, I.-grav, O.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1943 Lungentuberkulose festgestellt, anschließend Sanatoriumsbehandlung. 1947 und 1948 Heilstättenbehandlung. 1947 Pneu rechts angelegt, später

auch links. Pat. klagt seit 3 Monaten wieder über Gewichtsabnahme (3 kg) und allgemeine Schwäche.

Befund: 158 cm groß, 49,5 kg schwer, anämisch. Sputum Tbc.-Bazillen positiv. Vitalkapazität 1 000 ccm (doppelseitiger Pneu). Lunge: über dem rechten Spitzengebiet sind deutlich Cavernensymptome nachweisbar.

Diagnose: Offene, doppelseitige Lungentuberkulose, Pneumothorax, Zustand nach Phrenicusquetschung. Links Mittelfeldinfiltrat, rechts cavernöse Oberfeldtuberkulose. — Gravidität mens III.

Beurteilung:
1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Durch die Phrenicusausschaltung und Einengung der ganzen rechten Seite bei Zustand nach Pneumothorax ist die Atemfläche der Pat. jetzt so weit reduziert, daß die Vitalkapazität nur noch 1 000 ccm beträgt. Wir halten wegen der Diagnose und im Besonderen wegen der Progredienz der Lungentuberkulose eine Austragung der Schwangerschaft mit Lebensgefahr für die Pat. verbunden. Die Unterbrechung ist unbedingt erforderlich".

Therapie: Interruptio der Schwangerschaft durch instrumentelle Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos.

Nachforschung: Durch die Schwangerschaftsunterbrechung kam es zu keiner Verschlechterung des Befundes. Im Mai 1953 allgemeines Wohlbefinden, Gewichtszunahme auf 56 kg. Pat. trägt noch Pneu.

Fall 14 KBl.-Nr. 52-406-Op.

Frau P.E. 31 Jahre, II.-grav, I.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 10 Jahren Otitis media bilateralis. Mit 28 Jahren Spontangeburt. Post partum erstmalig stärkere Rückenschmerzen, 2 Jahre später wird eine Spondylitis tuberculosa festgestellt.

Befund: Schwächliche Pat. mit Winkel-Gibbusbildung der Wirbelsäule.

Diagnose: Spondylitis tuberculosa des 2.u.3. Lendenwirbels mit Gibbusbildung.

Beurteilung:

1. Prof. Dr. med. Niederecker, Würzburg, König-Ludwig-Haus, ist für die Beendigung der Schwangerschaft im Gipsbett.

2. Dr. med. Lässig, Werneck, hält eine „relative Indikation zur Interruptio der Schwangerschaft wegen Tuberkulose für gegeben".

3. Prof. Dr. med. Seifert, Würzburg; Dr. med. Wirths, Frauenfacharzt, Würzburg; Dr. med. Zwerenz, prakt. Arzt, Bergtheim und Dr. med. Schöbel, Facharzt für Orthopädie, Würzbg. sind für die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen der bestehenden tuberkulösen Spondylitis.

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos, Entlassung 5 Tage post operationem.

Nachforschung: Die Tuberkulose wurde durch die Interruptio nicht verschlechtert. Pat. trägt orthopädisches Korsett und ist laufend in ärztlicher Behandlung. Bis Mai 1953 war die tuberkulöse Spondylitis im wesentlichen unverändert geblieben.

Fall 15 KBl.-Nr. 52-560-Op.

Frau A.K. 30 Jahre, III.-grav., II.-para. 5 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 24 und 28 Jahren je eine Spontangeburt, beide Kinder sind gesund. Bei einer Röntgenreihenuntersuchung vor etwa einem Jahr wurde zufällig eine Lungentuberkulose festgestellt. Bisherige Behandlung in der Heilstätte.

Befund: 169 cm groß, 58 kg schwer. Sputum Tbc-Bazillen positiv. Röntgen: 19.8.1952 rechtes Spitzengebiet ziemlich dicht, kleinfleckig bis zur 2. Rippe verschattet; links o.B. Am 28.8.52. dichte, fleckige, streifige Verschattung der rechten Lungenspitze mit deutlicher Aufhellung am Schnittpunkt von Clavicula und 1. Rippe; links weichfleckige, zum Teil flächenhafte Trübung im Gebiete des 2. ICR.

Diagnose: Offene, beiderseitige exsudative, infiltrative produktive Lungentuberkulose mit Cavernenbildung im rechten Oberlappen, im linken Oberlappen frische Streuherde. — Gravidität mens II—III.

Beurteilung:

1. Heilstätte Lohr am Main: „Wie sich aus dem Vergleich der Filme ergibt, hat sich innerhalb von 10 Tagen nicht nur im erkrankten rechten Spitzengebiet eine Cavernisierung ergeben, sondern ist zugleich eine Streuung auf die Gegenseite erfolgt. Dieser Zustand ist unseres Erachtens auf den ungünstigen Einfluß durch die bestehende Schwangerschaft zurückzuführen. Es ergibt sich somit eine vitale Indikation zur Interruptio."

2. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Da die frische exsudative Lungentuberkulose bei beginnender Schwangerschaft durch diese ungünstig beeinflußt wurde, was an Hand der Röntgenserie deutlich zu verfolgen ist, halten wir eine Interruptio für dringend erforderlich".

Therapie: Interruptio der Schwangerschaft durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos.

Nachforschung: Nach der Interruptio Besserung des Lungenbefundes. 6 Monate post op. war nach Heilstättenbehandlung in Lohr am Main die Tuberkulose ausgeheilt.

Fall 16 KBl.-Nr. 47-364-Kons. (Vergleiche Fall 33)

Frau A.S. 25 Jahre, I.-grav, O.-para. Klinikaufenthalt am 25.11.1947 für 17 Tage; am 12.12 47. Entlassung in die Lungenambulanz des DP-Lagers Wildflecken. Am 16.1. 1948 Wiederaufnahme. Konservative Behandlung bis zur Geburt (siehe dann als Fall 33).

Vorgeschichte: Seit 3 Jahren Schmerzen in der rechten Nierengegend und Fluor; 1935 Lungenentzündung, 1944 Unterarmfraktur. Vor 2 Jahren wurde eine Lungentuberkulose festgestellt; 1946 Nephrectomie links wegen damals nur einseitiger Nierentuberkulose.

Befund: Seit etwa 14 Tagen Temperaturen bis etwa 39 Grad Celsius. Lunge: über der rechten Lungenspitze Bronchialatmen. (Lungenbefund steht z.Zt. nicht im Vorder-

grund). Ödeme an beiden Knöcheln. Cystoskopie: am rechten Ureterenostium Ulcus mit weißem Belag, in der Umgebung Hyperaemie und Ödeme, aber auch Gewebsdefekte. Blasenkapazität: 100—150 ccm.

Diagnose: Produktiv-cirrhotische Lungentuberkulose beider Obergeschoße. Zustand nach Nephrectomie links. Nierentuberkulose rechts, Pyelonephritis rechts, Blasentuberkulose. Mischinfektion des Harntraktes — Gravidität mens VII.

Beurteilung:

1. Lungenambulanz des DP-Lagers Wildflecken: „Im Hinblick auf die gleichzeitige Blasentuberkulose und Zustand nach Nephrectomie besteht eine absolute Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung." Pat. kommt erst drei Monate nach dieser Beurteilung in die Univ. Frauenklinik Würzburg.

2. Univ. Frauenklinik Würzburg: Konservative Beurteilung in diesem Stadium. Pat. soll „wiederkommen zur Durchführung einer Sectio caesarea oder Spontangeburt wenn das Kind lebensfähig ist".

Therapie: Symptomatisch.

Nachforschung: Siehe Fall 33.

Fall 17 KBl.-Nr. 49-478-Kons.

Frau D.R. 27 Jahre, II.-grav, I.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 22 Jahren Spontangeburt, Kind gesund. Februar 1946 Fieber und Schmerzen im Bereich der linken Lunge. März 1947 Lungentuberkulose festgestellt. 1948 Thorakoplastik links. Klagt jetzt über reduzierte Arbeitsfähigkeit und ist sehr leicht erregbar.

Befund: 60 Prozent Hb. Vitalkapazität ca. 1 000; apnoische Pause im Exspirium 20 sec, nach tiefer Inspiration 15 sec. Am Herzen Systolikum über allen Ostien. P_2 akcentuiert. - Lunge: links Zustand nach Plastik von 7 Rippen feuchte, knackende Rasselgeräusche; rechts sonorer, pen, feuchte, knackende Rasselgeräusche; rechts sonorer, verlängerter Klopfschall. Sputum: Tbc.-Bazillen positiv. Lungen-Rö.: Bisher kein sicherer Anhalt für Cavernen rechts bzw. links.

Diagnose: Offene Lungentuberkulose, Bronchiektasien im Gebiete des linken Mittelfeldes und einzelne weiche Infiltrate in der rechten Lungenspitze. Thorakoplastik (7 Rippen links.) Rechtsseitige Coronarinsuffizienz. - Gravidität mens II.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Wir möchten auf Grund der stark herabgesetzten Vitalkapazität und der verkürzten apnoischen Pause bei offener Lungentuberkulose die dringende Indikation zur Interruptio stellen. Ein anschließender Kuraufenthalt in einer Heilstätte wäre bei dem positiven Sputumbefund angezeigt."

Therapie: Interruptio durch instrumentelle Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos. Pat. wird 6 Tage post operationem in die Med. Univ.-Klinik zurückverlegt.

Nachforschung: Es kam nach der Unterbrechung der Schwangerschaft zu keiner Verschlechterung der Tuberkulose, Pat. fühlte sich vielmehr gebessert.

Fall 18 KBl.-Nr. 49-481-Kons.

Fräulein H.K. 25 Jahre, III.-grav, II.-para. 4 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 22 Jahren Spontangeburt, Kind gesund, mit 25 Jahren (1949) Abort mens VII. 1942 Lungenheilstättenaufenthalt für 3 Wochen, 1944 Lungenheilstätte. 1947-48 „Lungenentzündung", 7 Wochen bettkrank. 1949 angeblich Verschattung in der rechten und linken Lunge festgestellt, daraufhin Einweisung in Lungenheilstätte. Z. Zeit keine Lungenbehandlung notwendig.

Befund: Anaemie von 60 Prozent Hb. Sputum: Tbc.-Bazillen positiv.

Diagnose: Offene Lungentuberkulose.-Gravidität mens V.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg hält Interruptio für angezeigt.

2. Univ. Frauenklinik Würzburg sieht keine vitale Indi-

kation zur Interruptio. Pat. soll weiter beobachtet und konservativ behandelt werden.

Therapie: Konservativ, Rückverlegung Tbc. - Krankenhaus Taubertal.

Nachforschung: Ergebnislos.

Fall 19 KBl.-Nr. 50-101-Kons. (Vergleiche Fall 21)

Frau R.S. 25 Jahre, III.-grav, II.-para. 6 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1946 und 1949 je Spontanpartus, beide Kinder leben. 1945 Bronchialasthma, Ende 1947 Lungentuberkulose festgestellt, damals 15 kg Gewichtsabnahme. Februar bis August 1948 Lungenheilanstalt, November bis Juli 1949 gravide; Dezember 1948 bis Mai 1949 wiederum Lungenheilanstalt. Januar 1949 Pneu, März 1949 Kaustik; nach der Entbindung Pleuritis rechts. Dezember 1949 Pleuritis sicca links. Pat. klagt jetzt über häufiges Erbrechen, das aber auch schon während der Schwangerschaft bestand.

Befund: 165 cm groß, 55 kg schwer, reduzierter AZ und KZ. Lunge: links Giemen und Pfeiffen; rechts feuchte, nicht klingende Rasselgeräusche. Zwerchfell beiderseits adhärent. Emphysemthorax. Geringe Druckempfindlichkeit im rechten Oberbauch, viriler Behaarungstyp. BKS 83/111.

Diagnose: Zustand nach cavernöser Lungentuberkulose, rechtsseitiger Pneu, 2 Adhäsionsstränge am Oberrand des rechten Lungenoberlappens. Asthma bronchiale, Allergie.

Beurteilung:

1. Med. Poliklinik Würzburg: „Auf Grund der Tatsache, daß die letzte Schwangerschaft zu einer erheblichen Verschlechterung der Tuberkulose geführt hat, wird nach reiflicher Überlegung und ausführlicher Besprechung die Frage der Interruptio bejaht, es sei denn, daß die Pat. für die Dauer der Schwangerschaft und deren Folgezeit einer Heilstättenbehandlung zugeführt wird."

2. Dr. med. de l'Espine, Lungenfachärztin, Würzburg, lehnt eine Interruptio ab.

3. Univ.-Frauenklinik Würzburg: Konservative Behandlung und Heilstättenaufenthalt.
Therapie: Konservativ, Heilstättenbehandlung.
Nachforschung: Siehe Fall 21.

Fall 20 KBl.-Nr. 50-331-Kons. (Vergleiche Fall 36)
Frau I.M. 27 Jahre, III.-grav, II.-para. Aufnahme für 14 Tage.
Vorgeschichte: Mit 23 Jahren (1946) und mit 25 Jahren (1948, siehe Fall 36) je eine Spontangeburt, beide Kinder gesund. 1942 ein halbes Jahr Amenorrhoe im Arbeitsdienst, 1943 Pleuritis, 1946 geschlossene Lungentuberkulose nach nochmaliger Pleuritis, seit 1948 nach dem Partus aktive Lungentuberkulose, seit dieser Zeit mit Unterbrechungen in klinischer Behandlung. Pat. klagt jetzt über verminderte Arbeitsfähigkeit, leichte Ermüdbarkeit u. Gewichtsabnahme von etwa 3 kg in 4 Wochen.
Befund: Herz nach beiden Seiten verbreitert. Vitalkapazität z.Z. 1 400; verkürzte apnoische Pause, 12 sec. inspiratorisch, 10 sec. exspiratorisch. Leichte Hypotonie von RR 90/60. Erosio portionis.
Diagnose: Doppelseitige, produktiv-cirrhotische, cavernöse Lungentuberkulose mit frischen infiltrativen Schüben beiderseits; Neigung zur Progredienz trotz linksseitigem Pneu. — Gravidität mens II.
Beurteilung:
1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Wegen Diagnose und Erfolglosigkeit der spezifischen Behandlung ist Interruptio dringend notwendig.
Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.
Postoperativer Verlauf: Mala involutio uteri, sonst komplikationslos.
Nachforschung: Nach der Interruptio kam es zu einer Besserung des Lungenbefundes. Im Mai 1953 sehr schlechter Allgemeinbefund, sehr blaß und dyspnoisch. — Durch den Suicid ihrer Mutter im April 1953 ist das Befinden der Pat. auch stark beeinträchtigt.

Fall 21 KBl.-Nr. 51-291-Kons. (Siehe auch Fall 19).
Frau R.S. 26 Jahre, IV.-grav, III.-para. 3 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: siehe auch Fall 19. 12.10 1950 spontane, rechtzeitige Geburt eines gesunden Mädchens.

Befund: Herz nach beiden Seiten etwas verbreitert. Lunge: links Grenzen gut verschieblich, verstärktes Atemgeräusch; rechts Grenzen nicht verschieblich, Tympanie. Pneu. Rechter Oberbauch etwas druckempfindlich.

Diagnose: Inaktive, rechtsseitige Lungentuberkulose von nur geringer Ausdehnung bei deutlicher Besserung des Befundes gegenüber 1950. Rechtsseitiger Pneu.— Gravidität mens II—III.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Keine Indikation zur Interruptio, da stationäres Verhalten der Lungentuberkulose. Eine Aktivierung durch die Schwangerschaft ist jedoch nicht ausgeschlossen".

2. Univ. Frauenklinik Würzburg: „Keine Indikation zur Interruptio, da sich der Fall auch im Vergleich zum letzten Jahr gebessert hat". Empfiehlt Liegekur.

Therapie: Konservative Therapie, Liegekur.

Nachforschung: Durch die rechtzeitige Geburt eines gesunden Kindes keine Verschlechterung des tuberkulösen Befundes. Wiederholte Heilstättenbehandlung. Im Mai 1953 trägt Pat. noch einen Pneu, steht laufend in ärztlicher Behandlung, fühlt sich jedoch wohl.

Fall 22 KBl.-Nr. 51-341-Kons.

Frau G.S. 25 Jahre, IV.-grav, I.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 2 Schwestern leiden an Tuberkulose. Selbst: als Kind Keuchhusten; 1946 mit 20 Jahren Spontangeburt. 1947 wurde Lungentuberkulose erstmalig festgestellt, daraufhin Heilstättenbehandlung. Mit 21 Jahren (Mai 1947) und mit 23 Jahren (November 1949) Interruptionen wegen Lungentuberkulose. September 1947 bis Januar 1949 Heilstättenaufenthalt. Seit Dezember 1950 Pneu rechts. Von Dezember 1950 bis September 1951 erneut Heilstättenbehandlung.

Befund: Dyspnoisch, Vitalkapazität z.Z. 1 500.

Diagnose: Offene Lungentuberkulose bei beidseitigem Pneu und Zustand nach Lungenkaustik. Ausgedehnte Ver-

schwartungen. Verziehung des Mediastinum nach links. Restcaverne im linken Oberfeld. — Gravidität mens III.

Beurteilung:

1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Es handelt sich um einen z. Z. hochaktiven Lungenprozeß. Bei der Progredienz der Erkrankung die seit 1946 deutlich zu verfolgen ist, und bei der geringen Vitalkapazität ist die Austragung der Schwangerschaft mit Lebensgefahr für die Pat. verbunden. Wir halten deshalb eine Interruptio für unbedingt erforderlich."

Therapie: Unterbrechung durch instrumentelle Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos. 4 Tage post operationem Verlegung in die Med.Univ.-Klinik Würzburg.

Nachforschung: Keine Verschlechterung des Lungenbefundes durch die Interruptio, Allgemeinbefinden gebessert. Im Mai 1953 ist röntgenologisch eine Caverne nicht mehr feststellbar. Pat. fühlt sich wohl.

Fall 23 KBl.-Nr. 52-110-Kons.

Fräulein M.Sch. 22 Jahre, I.-grav, O.-para. 12 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 9-12 Jahren Herzbeutelentzündung. 1950 nach Lungenentzündung Lungentuberkulose festgestellt. 1950 und 1951 Heilstättenbehandlung. Pneu,Kaustik. Jetzt Reaktivierung des Lungenprozesses links, herabgesetzte Arbeitskraft, Gewichtsabnahme von 3 kg in 3 Wochen.

Befund: Sputum Tbc-Bazillen positiv, Vitalkapazität 2 200, BKS 70/97.

Diagnose: Offene Lungentuberkulose. In der linken, kollabierten Lunge (Pneu) zwei etwa markstückgroße Cavernen im Oberfeld, bronchogene Streuung in die unteren Lungenabschnitte. Hochaktiver Prozeß. - Gravidität mens V.

Beurteilung:

1. Gesundheitsamt Gemünden: „Wegen Reaktivierung des linksseitigen Lungenprozesses und erneutem Bazillennachweis im Sputum zur Interruptio vorgeschlagen.

2. Med. Univ.-Klinik Würzbürg: „Es handelt sichz.Z. um einen hochaktiven Prozeß, der trotz recht gut sitzendem Pneu wahrscheinlich durch die Schwangerschaft zustandegekommen ist, wobei innerhalb kurzer Zeit bereits ein pflaumengroßes Cavernensystem aufgetreten ist. Wir halten die Austragung der Schwangerschaft mit einer unmittelbaren Lebensgefahr für die Pat. verbunden, insbesondere auch deshalb, weil mit den uns zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden eine Stabilisierung des Lungenprozesses z. Zt. nicht erreicht werden kann".

3. Univ. Frauenklinik Würzburg: "Da es sich bereits um eine Schwangerschaft im 4.-5. Monat handelt, entschlossen wir uns zu einer Hysterotomia vaginalis anterior".

Therapie: Interruptio durch Hysterotomia vaginalis anterior. Streptomycin.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos. Klinikentlassung 10 Tage post operationem.

Nachforschung: Der derzeitige Aufenthalt der Pat. ist nicht feststellbar.

Fall 24 KBl.-Nr. 52-283-Kons.

Frau A. L. 38 Jahre, II.-grav, II.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 29 und 33 Jahren je eine Spontangeburt, beide Kinder gesund. 1938 Lungentuberkulose festgestellt, 1948 Pneu in Heilstätte angelegt nach Reaktivierung mit Streuung. 1949 Kaustik beiderseits, Pleuritis exsudativa. Jetzt nur noch wenig Auswurf, Gewichtsabnahme von 4 kg in den letzten 4 Wochen, vorher stärkere Gewichtsabnahme.

Befund: 156 cm groß, 41 kg schwer. Paukende erste Herztöne. Lunge: links Bronchialatmen, vereinzelte Rasselgeräusche; rechts hypersonorer Klopfschall, gutsitzender Pneu in Mittelstellung bei weitgehend indurierter Obergeschoßtuberkulose. In der linken Lungenspitze ein taubeneigroßes Cavum.

Diagnose: Offene, beiderseitige, aktive Lungentuberkulose mit taubeneigroßem Cavum in der linken Spitze und Pneu rechts. Gravidität mens III.

Beurteilung:
Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Bei dem schlechten körperlichen Zustand der Pat., der bedingt ist durch Diagnose, halten wir eine Interruptio für unbedingt erforderlich.Trotz Neoteben blieb die Pat. ‚offen', eine aktivere Therapie ist aber z.Z. nicht möglich".

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos.

Nachforschung: Es kam zu keiner Verschlechterung des Leidens durch die Interruptio. Im Mai 1953 war der Lungenbefund in Rückbildung begriffen. Die Pat. fühlte sich wohl, stand aber noch weiter in ärztlicher Beobachtung.

Fall 25 KBl.-Nr. 52-287-Kons.

Frau G.S. 30 Jahre, I.-grav, O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Februar 1951 Grippe, danach Lungentuberkulose festgestellt, anschließend Heilstättenbehandlung. 1952 Gelbsucht, die Tuberkulose schreitet trotz dauernder Behandlung fort.

Befund: Lunge: Grenzen rechts besser verschieblich als links, feinblasige Rasselgeräusche über der ganzen linken Lunge. BKS 70/100. Sputum: Tbc.-Bazillen positiv.
Diagnose: Offene, linksseitige, exsudative, großcavernöse Lungentuberkulose. — Gravidität mens II.

Beurteilung:
Chirurgische Univ.-Klinik Würzburg: „Patientin wurde wegen einer linksseitigen, großcavernösen Lungentuberkulose zur operativen Behandlung überwiesen. Es ist eine Thorakoplastik in mehreren Sitzungen vorgesehen. Da es sich um Diagnose handelt, die auf Chemotherapeutica nur mäßig anspricht, halten wir eine Interruptio für angezeigt. Die Pat. erhält bei uns Neoteben. Die Behandlung könnte während des kurzfristigen Aufenthaltes bei ihnen fortgesetzt werden".

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos.

Nachforschung: Durch die Interruptio kam es zu keiner Verschlechterung des Befundes, sondern vielmehr sogar

zu einer Besserung. Nach der Plastik ist die Tuberkulose im Mai 1953 fast ausgeheilt; bisher keine weiteren Schwangerschaften.

Fall 26 KBl.-Nr. 47-467-Gyn.priv.

Frau M.K. 26 Jahre, III.-grav., II.-para. 4 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 22 Jahren und 24 Jahren je eine Spontangeburt. Seit 1943 Lungentuberkulose im linken Oberlappen; August bis Dezember 1945 Pneu links.

Befund: Lunge: links teilweise aufgehobenes Atemgeräusch.

Diagnose: Linksseitige Lungentuberkulose mit Pneu — Gravidität mens II—III.

Beurteilung: Univ. Frauenklinik Würzburg: „Interruptio abgelehnt".

Therapie: Interruptio abgelehnt, konservative Therapie.

Nachforschung: Am 22.5.1948 Spontanpartus; durch die Schwangerschsaft und Geburt kam es zu keiner Verschlechterung des Lungenbefundes. Pat. steht noch in Behandlung der Lungenfürsorge Würzburg, doch geht es ihr und dem Kinde gut. Im Mai 1953 kein Auswurf und kein Husten mehr. Im Röntgenbild ist nichts Aktives mehr festzustellen, es handelt sich vielmehr nur noch um alte Herde.

Fall 27 KBl.-Nr. 48-330-Gyn.priv.

Frau I.E. 27 Jahre, II.-grav, I.-para. 16 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 26 Jahren Spontangeburt, Kind gesund. Seit Sommer 1947 ischiadiforme Beschwerden links keine Behandlung, dann doppelseitig, daraufhin Impletolbehandlung ohne Beeinflußung der Schmerzen. Nach gynäkologischer, internistischer und neurologischer Untersuchung konnte erst die Diagnose gestellt werden.

Befund: Herz und Lunge erscheinen o.B. Druckschmerzhaftigkeit im Gebiete des linken Iliosacralgelenkes, sonst kein pathologischer Befund zu erheben.

Diagnose: Knochentuberkulose im Gebiete des linken Iliosacralgelenkes. — Gravidität mens II—III.

Beurteilung:
1. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Bei dem ohnehin nicht guten Allgemeinzustand der Pat. und im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Prozesses, der sich vor allem unter der Geburt ungünstig auswirken wird, ist unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse die ärztliche Indikation zur Interruptio gegeben".
2. König Ludwig Haus Würzburg: „Die bestehende Gravidität wird sich voraussichtlich auf den Prozeß nicht günstig auswirken, weshalb eine Interruptio angezeigt ist".

Therapie: Interruptio durch Ausräumung des Uterus.

Postoperativer Verlauf: Komplikationslos.

Nachforschung: Derzeitiger Aufenthalt nicht feststellbar.

Fall 28 KBl.-Nr. 49-181-Gyn.priv. (Vergleiche Fall 64) Frau H.B. 29 Jahre, II.-grav, I.-para. 5 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 20 Jahren Spontangeburt. Mit 24 Jhr. Bluthusten, damals durch Röntgenuntersuchung spezifischer Lungenprozeß festgestellt, 9 Wochen Heilstätte, Besserung durch Pneu und Kaustik. Im Herbst 1947 Pleuritis mit starker Gewichtsabnahme, 1948 wiederum Heilstättenbehandlung, März 1949 Phrenicusexhairese. Seit Eintritt der Schwangerschaft keine Temperaturen mehr, allgemeines Wohlbefinden.

Befund: Herz: Tachycardie 120-min, leichtes Systolicum über der Herzspitze, Basistöne gleich stark betont, Extrasystolie. Lunge: Grenzen beiderseits verschieblich. Sputum nach Anreicherung Tbc.-Bazillen positiv. BKS 76/99.

Diagnose: Doppelseitige, offene, progrediente, aktive, ausgedehnte cirrhotisch-produktive, infiltrative, cavernöse Lungentuberkulose. Ausgedehnte rechtsseitige Pleuraverschwartung. Zustand nach linkseitiger Phrenicotomie. Verziehung der Mediastinalorgane nach links. Gravidität mens V.

Beurteilung:
1. Lungenheilstätte Heigenbrücken: „Für Interruptio wegen Diagnose".
2. Med. Univ.-Klinik Würzburg: „Für Interruptio wegen Diagnose".

3. Univ. Frauenklinik Würzburg: „Da eine Unterbrechung im 5. Schwangerschaftsmonat dieselbe Gefahr wie eine Geburt bedetet und nach den heutigen Auffassungen die Schwangerschaft als solche sich nicht nachteilig auf eine Tuberkulose auswirkt, haben wir die Interruptio abgelehnt."
Therapie: Konservativ.
Nachforschung: Geburt ad terminum, siehe Fall 64

Fall 29 KBl.-Nr. 47-35-Geb.
Frau F. Sch. 25 Jahre, I.-grav, O.-para. 14 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Seit 1945 geschlossene Lungentuberkulose.
Befund: Herz: Systolicum und Präsystolicum über der Spitze und der Basis. Lunge: perkuttorisch ohne Besonderheiten, Grenzen normal; Vesiculäratmen. — Status asthenicus. BKS 70/110. Gravidität mens X.
Diagnose: Gravidität mens X. — Gut abgegrenzte,nicht fortschreitende, rechtsseitige, geschlossene Mittel- und Oberfeldtuberkulose der Lunge.
Geburt: am 12.1.1947, ad terminum, gesundes, reifes Kind aus linker Hinterhauptslage (HHL). Entlassungsforzeps bei tiefem Beckengradstand nach Episiotomie. Naht.
Wochenbett: Komplikationslos, Frühaufstehen.
Nachforschung: nicht möglich, da der jetzige Aufenthalt nicht zu ermitteln ist.

Fall 30 KBl.-Nr. 47-163-Geb.
Fräulein A.B. 26 Jahre, II.-grav, I.-para. 50 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Mutter mit 35 Jahren an Lungen-Tbc. gestorben, 3 Geschwister lungenkrank. Selbst: erst mit 4 Jhr. das Laufen gelernt, mit 6 Jhr. Osteomyelitis, mit 13 Jahren erstmalig spezifischer Lungenprozeß festgestellt. Chronische Otitis media, die jetzt noch eitert. 1945 Frühgeburt mens VIII, Kind nach 3 Monaten an Brechdurchfall gestorben. Letzte Menses (Le.Me.) 26.5.1946. Während der jetzigen Schwangerschaft Schmerzen in der Nierengegend beiderseits; starker, nicht spezifischer Fluor.
Befund: Herz: mitralkonfiguriert, Systolicum über der Mi-

tralis und der Herzspitze. Lunge erscheint auskultatorisch und perkuttorisch o.B. - Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene Lungentuberkulose, z.Z. kein Anhalt für Aktivität des Prozesses. - Gravidität mens X.

Geburt: am 27.2.1947, ad term., gesundes, reifes Kind aus linker vollständiger Steißlage. Eröffnungsperiode (EP) 8-10 Stunden (Std.) Austreibungsperiode (AP): 0-40 Std. Nachgeburtsperiode (NP): 0-20 Std. Sanguis (Sang.): 380 g. Blasensprengung bei vollständigem Muttermund (Mm)., Manualhilfe nach Bracht, Episiotomie, Naht.

Wochenbett: Mastitis links, Heidenhainsche Röntgenbestrahlung, Subinvolutio uteri. Entlassung 7 Tage post partum (p. p.).

Nachforschung: Pat. ist am 23.5.1948 an Hirnlues gestorben. Das Kind soll gesund sein .

Fall 31 KBl.-Nr. 48-237-Geb.

Frau A.B. 25 Jahre, III.-grav, I.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1940 Zangengeburt eines gesunden Kindes das mit 3 Jahren an Diphtherie gestorben ist. 1946 Abort mens II. Im Oktober 1947 wurde eine Lungentuberkulose festgestellt, trägt seit 7 Wochen rechtsseitigen Pneu. Le. Me. 19. 6. 1947.

Befund: Puls nur 48-min, Sputum Tbc.-Bazillen positiv. Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene Lungentuberkulose, Pneu rechts Gravidität mens X.

Geburt: am 20.3.1948, reifes gesundes Kind aus linker HHL. EP: 4-00 Std, AP: 0-15 Std, NP, 0-15 Std. Sang.: 150 g. Dammriß IIo, Naht ohne allgemeine Narkose wegen Lungentuberkulose.

Wochenbett: Abstillen, o.B. 10 Tage p.p. in die Med.Univ. Klinik Würzburg zurückverlegt.

Nachforschung: Im August 1950, nicht als Folge der Geburt, an Lungentuberkulose gestorben.

Fall 32 KBl.-Nr. 47-855-Geb.

Frau E.K. 24 Jahre, II.-grav, I.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1945 Spontangeburt. Während der jetzigen Schwangerschaft außer Schwindelgefühl bis vor 3 Wochen keine Beschwerden, dann plötzlich Gewichtsabnahme, Nachtschweiße, Schluckbeschwerden und belegte sprache. — Le.Me. 4.4.1947.

Befund: Pat. in stark reduziertem AZ. und KZ. Rachen entzündlich gerötet und geschwollen. 3, 64 Mil. Ery, 78 Prozent Hb, 4900 Leuco, davon 13 Prozent Jugendl., 16 Prozent Stab., 54 Prozent Seg., 6 Prozent Myelocyt., 2 Prozent Myelobl., 9 Prozent Lympho. — Gravidität mens VIII—IX.

Diagnose: Kehlkopftuberkulose, DD.: myeloische Leukämie; Lungentuberkuolse. — Gravidität mens VIII—IX.

Geburt: am 20.11.1947, 2 Monate ante term. ein 46 cm langes, 2200 g schweres Kind aus linker vollkommener Steißlage. EP, 6-00 Std. AP: 0-03 Std, NP: 0-05 Std. Sang.: 20,0 g Manualhilfe nach Bracht.

Wochenbett: Halsbeschwerden, Temperatur 39,2 Grad C. - Pat. wird am 23.11.1947 zur Klärung der Diagnose in die Med. Univ.-Klinik Würzburg verlegt (KBl. dort 2276-47).

Schlußdiagnose: Hämatogene Aussaat der Lungentuberkulose über die ganze Lunge. Kehlkopftuberkulose. - Prognose: infaust.

Nachforschung: Pat. wurde auf Wunsch der Angehörigen, gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen und starb dort 3 Wochen p.p. — Das Kind ist ein gesundes, kräftiges Mädchen, das ständig mit seinem Vater auf dem Schiff lebt.

Fall 33 KBl.-Nr. 48-181-Geb. (Vergleiche Fall 16)

Frau A.S. 26 Jahre, I.-grav, O.-para. 56 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Siehe Fall 16; Urinlassen schmerzhaft, vor 5 Tagen stärkere Blutung beim Urinieren. Unterschenkelödeme. Le.Me. 17.6.47.

Befund: Lunge: über dem rechten Oberlappen Bronchialatmen. Schmerzen in der Blasengegend, Blase: cystoscopisch im Gebiete des rechten Ureterenostiums Ulcus mit weißem Belag, Hyperämie und Ödeme.

Urin: Eiweiß stark positiv. Linkes Nierenlager druckempfindlich. Leichte Ödeme beider Unterschenkel — Gravidität mens X.

Diagnose: Produktiv-cirrhotische, geschlossene, doppelseitige Lungenoberfeldtuberkulose. Tuberkulose der rechten Niere und der Blase. — Gravidität mens X.

Geburt: am 6.3.1948, 18 Tage ante term., gesunder, 50-51 cm langer, 3810g schwerer Knabe aus linker HHL. EP.: 1-50 Std., AP: 0-05 Std., NP: 0-20 Std. Sang: 100 g.

Wochenbett: ohne Besonderheiten. — Entlassung 7 Tage p.p. — Abgestillt.

Nachforschung: ergebnislos, da Pat. aus einem Flüchtlingslager eingewiesen wurde, das inzwischen aufgelöst wurde.

Fall 34 KBl.-Nr. 48-382-Geb. (Vergleiche Fall 2)

Frau A.V. 28 Jahre, V.-grav, III.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Siehe Fall 2. Die Schwangerschaft verlief seit der Klinikentlassung am 19.9.1947 komplikationslos; Pat. kommt jetzt aus einer Lungenheilanstalt. Le.Me. 17. 7. 1947.

Befund: Lunge: auskultatorisch o.B. Puls 88. Normale Temperaturen. — Gravidität mens X.

Diagnose: z.Z. angeblich nicht aktive, geschlossene Lungentuberkulose links. — Gravidität mens X.

Geburt: am 6.5.1948. 8 Tage post term. gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP: 9-00 Std.; Sprengen der sichtbaren Fruchtblase bei vollständigem Mm, 5 VE Pituigan i.m. AP: 1-00 Std., nach der Geburt des Kindes nochmals 5 VE. Pituigan i.m. NP: 0-25 Std. Sang.: 300 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 8 Tage p. p., Lungenkontrolle in Heilstätte wird dringend anempfohlen.

Nachforschung: 19 Monate p.p. wurde wegen Verschlechterung der Lungentuberkulose eine erneute Aufnahme in einer Heilstätte notwendeg. Pat. verblieb dort ein Jahr und konnte dann als gebessert entlassen werden. Der Röntgenbefund des Gesundheitsamtes Kitzingen vom 15.

4. 1953 lautet: „Im linken Oberfeld etwa bis zur 3. Rippe wenig dichte, vorwiegend streifige Schatten. Linkes Zwerchfell etwas weniger verschieblich als rechts. Linksseitige, produktiv-cirrhotische Oberfeldtuberkulose".

Fall 35 KBl.-Nr. 48-671-Geb.

Frau I.B. 34 Jahre, II.-grav, I.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1943 Spontangeburt. Seit 1937 offene Lungentuberkulose, seit 2 Jahren Pneu rechts. Le.Me. 1. 11. 1947

Befund: Lunge: Atemgeräusch rechts stark abgeschwächt, sonst auskultatorisch ohne Besonderheiten. Ödeme an beiden Unterschenkeln. — Gravidität mens X.

Diagnose: Offene Lungentuberkulose mit gut sitzendem Pneu rechts. Gravidität mens X.

Geburt: am 17.8.1948, 1 Woche post term., reifer, gesunder Junge aus linker HHL. EP: 5-05 Std., AP: 0-20 Std., NP: 0-07 Std. Scheidenriß, der in Lokalanästhesie genäht wurde. Sang.: 50 g.

Wochenbett: abgestillt, ohne Besonderheiten, allgemeines Wohlbefinden. 9 Tage p.p. Klinikentlassung.

Nachforschung: Bis 6 Monate nach der Geburt war die Pat. ohne Beschwerden, dann wurde jedoch eine Pneumolyse notwendig. 1951 nochmals spontane Geburt eines reifen Jungen, ohne daß sich die Schwangerschaft oder die Geburt ungünstig auf die bestehende Tuberkulose ausgewirkt hätten. Beide Kinder sind gesund. Im Mai 1953 ist die Pat. noch immer Pneu-Trägerin, fühlt sich aber wohl.

Fall 36 KBl.-Nr. 48-775-Geb. (Vergleiche Fall 20)

Frau I.M. 25 Jahre, II.-grav, I.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Siehe Fall 20.

Befund: dyspnoisch. Lunge: Bronchialatmen und einige klingende, mittel- bis feinblasige Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze. Sputum Tbc.-Bazillen positiv. Le.Me. 12.12.1947.

Diagnose: Offene Lungenspitzentuberkulose rechts. — Gravidität mens X.

Geburt: am 17.9.48., ad term., gesundes, reifes Mädchen aus rechter HHL. EP: 15-15 Std., Blasensprengung bei vollständigem Mm., AP: 0-15 Std., NP: 0-15 Std. Sang.: 200 g.

Wochenbett: abgestillt, Subinvolutio uteri, sonst ohne Besonderheiten. Am 27.9.1948 Verlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg.

Nachforschung: 2 Jahre nach der Geburt dieses Kindes war die Tuberkulose, trotz laufender klinischer Behandlung, doppelseitig geworden, hatte sich also verschlechtert. 1950 erneute Schwangerschaft, siehe Fall 20.

Fall 37 KBl.-Nr. 48-923-Geb.

Frau M. Sch. 27 Jahre, II.-grav., O.-para. 15 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1946 Abort mens III. Seit Juli 1944 Lungentuberkulose, damaliger Lungen-Rö.-Befund: „aktiver, spezifischer Prozess im linken Ober- und angrenzenden Mittellappen, teilweise acino-nodös". Le.Me. 29.1.1948.

Befund: Lunge: etwas verschärftes Atemgeräusch über dem linken Oberlappen, kein Anhalt für Einschmelzung. Leuco: 11400; 20 v.H. Stab., 60 v.H. Seg., 14 v.H. Lympho., 3 v.H. Mono., 3 v.H. Eos; 80 v.H. Hb. — Gravidität mens X

Diagnose: Aktive, teils exsudative, teils acinonodöse Tuberkulose des linken Lungenoberlappens. — Gravidität mens X.

Geburt: am 7.11.1948, ad term., gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP: 3-20 Std., Blasensprengung wegen verzögerten Blasensprungs bei absinkenden kindlichen Herztönen (108-min). AP: 0-18 Std., NP: 0-07 Std. Sang. 200 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 15 Tage p.p. mit dringendem Rat zu laufenden Lungenkontrollen.

Nachforschung: Im Anschluß an die Geburt kam es zu keiner Verschlechterung des Lungenbefundes. Im Dezember 1950 wiederum Geburt eines reifen Kindes, ohne wesentliche Verschlechterung des Befundes; nicht gestillt. Im September 1951 dann jedoch 11 Wochen Heilstättenaufenthalt, Tb-1-Kur, danach Verkalkung der Lungenher-

de. Im Mai 1953 fühlt sich die Pat. wohl. Beide Kinder gesund.

Fall 38 KBl.-Nr. 49-72-Geb

Frau H.Sch. 29 Jahre, II.-grav, I.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1947 spontane Frühgeburt, Kind nach 24 Monaten gestorben. Seit 1937 Knochtuberkulose am rechten Unterarm. Le.Me. 2.5.1949. Während der jetzigen Schwangerschaft bis zum 5. Monat Brustdrüsenentzündung.

Befund: 162 cm groß, 47 kg schwer. 65 v.H. Hb. Unregelmäßige Herzschlagfolge; EKG: Myocardschaden. Narben einer alten Knochentuberkulose am rechten Unterarm. — Gravidität mens. X.

Diagnose: Alte Knochentuberkulose am rechten Unterarm. — Graviditat mens X.

Geburt: am 23.1.1949, 14 Tage ante term. gesundes, reifes Mädchen spontan aus linker HHL. EP: 13-30 Std., AP: 0-05 Std., NP: 0-15 Std. Sang: 50 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 8 Tage p.p.

Nachforschung: Die Tuberkulose der Mutter hat durch die Geburt keine Verschlechterung erfahren. Das Kind ist gesund. 1951 Frühgeburt im 8. Monat im Wochenbett Mastitis. Auch dieses Kind nicht gestillt. Das Kind ist sehr schwächlich. Seit dieser Geburt soll die Mutter nicht mehr krank sein.

Fall 39 KBl.-Nr. 49-809-Geb.

Frau E.H. 26 Jahre, III.-grav, II.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1946 und 1947 je eine Spontangeburt, beide Mädchen wurden lange gestillt. Nach der letzten Entbindung trat ein hartnäckiger Husten auf und 6 Monate p. p. wurde im Röntgenbild der Lunge in Hilusnähe eine Caverne festgestellt. 1948 und 1949 Heilstättenbehandlung, danach Pneu. Sputum jetzt Tbc.-Bazillen negativ. Le. Me. 22. 10. 1948.

Befund: Lunge: links abgeschwächtes Atemgeräusch. (Pneu), rechts Vesikuläratmen. Leichte Ödeme beider Un-

terschenkel, Varicosis beider Beine. — Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene Lungentuberkulose mit linksseitigem Pneu. Adipositas, Varicosis beider Beine.—Gravidität mens X.

Geburt: am 1. 8. 1949, ad. term., gesunder, reifer Junge spontan aus rechter HHL. EP: 3-55 Std., AP: 0-05 Std., NP: 0-08 Std. Sang.: 260 g. Ein vorgesehener Entlastungsforceps konnte wegen der nur 5 Minuten dauernden Austreibungsperiode nicht mehr vorgenommen werden.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 9 Tage p.p.

Nachforschung: 7 Wochen p.p. hatte sich ein Pleuraempyem gebildet, dessen rahmiger Eiter in der Kultur Tbc.-Bazillen positiv war. 1950 war die Tuberkulose ausgeheilt. Im Mai 1953 fühlt sich die Pat. sehr wohl — Nach beiden Geburten, 1947 u. 1949 kam es also zu einer auffallenden Verschlechterung des tuberkulösen Befundes.

Fall 40 KBl.Nr. 49-852-Geb. (Vergleiche Fall 57)

Frau Th.M. 21 Jahre, II.-grav, II.-para. 16 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1948 spontane Frühgeburt von Zwillingen (1 990 g und 1 800 g), beide gestorben. Seit 1946 rechtsseitige Oberlappentuberkulose. Le.Me.: keine Menses mehr seit dem Partus am 8.6.1948.

Befund: Herz: systolisches Geräusch über der Spitze. Lunge: rechts abgeschwächtes Atemgeräusch. Röntgenologisch: alte spezifische Veränderung im rechten Oberlappen, über deren Aktivität kein endgültiges Urteil möglich ist. Pleuritis exsudativa rechts, die bis in die Pleuralspalten hineinreicht, wohl größtenteils verschwartet. Anämie von 45 v.H. Hb. bei 2,3 Mill. Ery.—Gravidität mens X.

Diagnose: Inaktive Lungentuberkulose rechts, Pleuritis exsudativa rechts. — Anämie. — Gravidität mens X.

Geburt: am 16.8.1949, ad. term., gesundes, reifes Mädchen aus linker HHL. EP: 12-10 Std., Blase wird nach Sichtbarwerden gesprengt. AP: 0-05 Std., NP: 1-10 Std. 500 g Blutverlust, dann 3 VE Orasthin iv, weitere 300 g Blutverlust, nun Credé ohne Narkose. Pat. blutet weiter

Narkose (10 ccm Evipan), weitere 300 g Blutverlust, Credé in Narkose, ohne Erfolg. Nochmals 300 g Blutverlust, manuelle Placentalösung, 3 VE Orasthin iv, Sympatol, Neogynergen. — Diagnose: Placenta accreta, Atonia uteri. Sang.: 1 400 g.

Wochenbett: leichte Temperaturzacken, durch Eisbeutel bald behoben. Anstieg des Hb auf 53 v.H. Abgestillt. Entlassung 15 Tage p.p.

Nachforschung: Pat. hat 1952 nochmals geboren, siehe dann als Fall 57.

Fall 41 KBl.-Nr. 49-1228-Geb

Fräulein G.G. 24 Jahre, I.-grav, O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Vater mit 32 Jahren und Mutter mit 26 Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Keine Geschwister. Selbst: 1942 wurde erstmalig eine geschlossene Lungentuberkulose im rechten Oberlappen festgestellt, die sich bis 1948 nicht wesentlich verschlechterte. Le. Me. 1. 3. 1949.

Befund: 174 cm groß, 65,5 kg schwer. Lunge: rechts hinten oben Schallverkürzung, über allen Lungenpartien Vesikuläratmen, keine Rasselgeräusche. — Gravidität mens X, vorzeitiger Blasensprung.

Diagnose: Geschlossene Lungenoberlappentuberkulose rechts. —Gravidität mens X.,vorzeitiger Blasensprung.

Geburt: am 7.12.1949, ad term., gesundes, reifes Mädchen aus rechter HHL. EP: 11-30 Std, 2 ccm Dolantin i. m., vordere Muttermundslippe eingeklemmt, durch Lagerung auf die rechte Seite Rotation und Umwandlung in rechte HHL. Episiotomie. AP: 1-00 Std., Plazenta nicht sicher vollständig, manuelle Nachtastung in Evipan-Äther-Narkose, 3 VE Orasthin i.v. Naht. NP. 0-30 Sang: 300 g.

Wochenbett: komplikationslos, Klinikentlassung 10 Tage post p.

Nachforschung: Trotz wiederholten Anschreibens keine Nachricht, auch kam die Post nicht zurück. Pat. konnte nicht besucht werden, da sie zu weit entfernt wohnt.

Fall 42 KBl.-Nr. 49-1276-Geb.

Frau E.M. 25 Jahre, O.-para, I.-grav. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 5 Jahren Lungenentzündung mit eitriger Pleuritis. anschließend Meningitis. Im Januar 1948 wurde eine Lungentuberkulose festgestellt. Le.Me. 1.3.49. Vorzeitiger Blasensprung.

Befund: Lunge: perkuttorisch und auskultatorisch ohne Besonderheiten. Mäßige Ödeme beider Unterschenkel, Eiweiß im Urin schwach positiv. An der Haut Herde eines Morbus Recklinghausen. — Palpatorisch Gemini, kindliche Herztöne im Gebiete des rechten Oberbauches (140-min.) und im Gebiete des rechten Unterbauches (128-min.) zu hören. Zwillingsgravidität mens IX — X.

Diagnose: Lungentuberkulose. Morbus Recklinghausen. Zwillingsgravidität mens IX—X.

Geburt: am 22.12.1949 4 Wochen ante term., ein gsundes Zwillingspärchen, je 46 cm lang und 2,2 kg schwer. Spontanpartus des ersten, männlichen Kindes aus linker HHL. nach dem Partus blutet es stark, 1,5 VE Orasthin i.v. Clitorisriß, der sofort versorgt wird. 500 g Sang. — 3 VE Orasthin i.m., Sprengung der 2. Fruchtblase, linker Arm liegt vor, wird reponiert, Spontanpartus des zweiten, weiblichen Kindes aus rechter HHL, 1,5 VE Orasthin i.v. Nach spontaner Plazentalösung 3 VE Orasthin i.v. und 1 ccm Neogynergen i.m. EP.: 16-45 Std., AP.: 1-45 Std., NP.: 1-00 Std. 600 g Sang. 500 ccm Tutofusin.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 9 Tage p.p.

Nachforschung: Keinerlei Verschlechterung durch die Geburt. Der Mutter und den Kindern ging es im Ansdchluß an die Geburt gut. Sie sind auch im Mai 1953 gesund und beschwerdefrei.

Fall 43 KBl.-Nr. 50-431-Geb.

Frau F.R. 33 Jahre, II.-grav, O.-para. 5 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1939 Rippenfellentzündung. 1944 Spontanpartus. 1947 Hornhauttrübung am rechten Auge. Vor

6 Wochen wurde nach einer Grippe eine Lungentuberkulose festgestellt, weshalb Pat. z.Z. in der Med. Univ.-Klinik Würzburg in stationärer Behandlung steht. Le. Me. 19. 7. 1949.

Befund: Infraclaviculäre Lungentuberkulose links, Sputum Tbc.-Bazillen positiv. Caverne nachweisbar. Kein Fieber, 65 v.H. Hb, BKS 131/141 mm. — Gravidität mens X. Blase gesprungen.

Diagnose: Linksseitige, infraclaviculäre, cavernöse Lungentuberkulose, offen. Gravidität mens X; vorzeitiger Blasensprung.

Geburt: am 24.4.1950, ad term, gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP: 6-05 Std.. AP.: 0-12 Std., NP.: 0-12 Std. Kristellersche Expression. Dammriß I.o, Naht in Lokalanästhesie. Sang.: 300 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Rückverlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg am 29.4.1950, i.e. 5 Tage p. p.

Nachforschung: Weiterer Wochenbettsverlauf komplikationslos, auch danach keine wesentliche Veränderung. Behandlung mit Streptomycin. Bei der Entlassung aus der med. Klinik 1950 war der Lungenbefund stabilisiert, die infraclaviculäre Caverne verkleinert. 1951 negativer Sputumbefund, linksseitiger Pneu, kein Sputum mehr. Mai 1953 Wohlbefinden von Mutter und Kind.

Fall 44 KBl.-Nr. 50-712-Geb.

Frau K.S. 19 Jahre alt, I.-grav- O.-para. 9 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: nicht zu erheben, da die Pat. kein deutsch versteht. Kommt mit Diagnose aus Heilstätte, wo sie bisher konservativ mit Tb 1 behandelt wurde. Le.Me.9.10.49.

Befund: Herz; über der Spitze leises systolisches Geräusch bei akzentuiertem P_2. Lunge: verschärftes Atemgeräusch über der linken Spitze und dem linken Mittellappen, feuchte Rasselgeräusche. — Struma, Protrusio bulbi, Glanzauge, verstärkter Dermographismus, „B-Typ" Sputum Tbc—Bazillen neg. Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene, aktive, produktiv-infiltrative Tu-

berkulose des linken Lungenoberlappens. — Gravidität mens X.

Geburt: am 5.7.1950, 10 Tage ante term., gesunder, reifer Junge aus linker HHL, spontan. EP.: 5-45 Std., AP.: 0-05 Std., NP.: 0-15 Std. Sang.: 100 g.

Wochenbett: komplikationslos. Klinikentlassung 9 Tage p.p., Rückverlegung in die Lungenheilstätte, die die Patientin einwies.

Nachforschungen: ergebnislos, da das Flüchtlingslager, aus dem die Pat. kam, aufgelöst wurde.

Fall 45 KBl.-Nr. 50-841-Geb.

Frau H.B. 20 Jahre, I.-grav, O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1948 Pleuritis. Vor 6 Wochen glaubte Pat. eine hartnäckige Bronchitis zu haben, bis sie plötzlich Blut (ca. 150 g) spuckte. Kommt jetzt aus der Med. Univ.-Klinik Würzburg, wo eine Lungentuberkulose diagnostiziert wurde. Le. Me. 4.11.1949.

Befund: Lunge: Caverne im rechten Hilusgebiet röntgenologisch nachweisbar, Hilusdrüsen-Tuberkulose; Sputum Tbc.-Bazillen positiv. — Gravidität mens X.

Diagnose: Rechtsseitige, offene, cavernöse Hilusdrüsen-Tuberkulose. — Gravidität mensX.

Geburt: am 11.8.1950, ad term., gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP.: 8-36 Std., AP.: 1-45 Std. Codein-Tabl., 2 ccm Dolantin, 0,5 g Streptomycin. Als Kopf zangengerecht im Beckenausgang steht 8 ccm Evipan i.v. Episiotomie, Entlastungsforceps; Sphincterriss, 3 VE Orasthin i.v., Naht. NP.: 0-05 Std. Sang.: 150 g

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Pat. erhält täglich 1 g Streptomycin, Roborantien, Vitamine, breiige Kost und bei Bedarf Codein. Rückverlegung auf die Med. Univ.-Klinik am 22. 8. 1950, i. e. 11 Tage p.p.

Nachforschung: In der Med. Univ.-Klinik Würzburg (K-Bl.Nr. 1744-50) mit Pasalon und Streptomycin behandelt, Pneu rechts angelegt und als gebessert entlassen. Bis 1951 Pneubehandlung, ab Juli 1952 kein Husten und kein Auswurf mehr, im Röntgenbild damals nichts Auffallendes mehr. Allgemeines Wohlbefinden v. Mutter und Kind.

Fall 46 KBl.Nr. 50-1056-Geb. (Vergleiche Fall 68)
Frau E.Z. 34 Jahre, III.-grav, I.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Vater mit 48 Jahren an Peritonitis und Pleuritis gestorben; Mutter mit 43 Jahren und ein Bruder an Lungentuberkulose gestorben. Selbst: als Kind Keuchhusten, 1932 Lungenentzündung, 1935 Lungentuberkulose erstmals festgestellt, Pneumolyse, Kaustik, Pneu; seit 1940 beiderseitiger Oleothorax. 1942 Totgeburt spontan, angeblich Kind durch Nabelschnurumschlingung gestorben. 1946 Abort mens III. 1948 Lungenheilstätte, z.Z. keine Beschwerden. - Gravidität mens X.
Befund: Lunge: Grenzen gut verschieblich, Dämpfung über der linken Spitze und dem linken Oberlappen, links oben abgeschwächtes,links unten vesikuläres Atemgeräusch.Temp. 37,3 Grad C. axillar. - Gravidität mens X.
Diagnose: Doppelseitige Lungentuberkulose, beiderseitiger Oleothorax, Zustand nach Pneumolyse und Kaustik. Gravidität mens X.
Geburt: am 7.10.1950, ad term., ein reifes Mädchen spontan aus re. HHL. Es besteht bei ihm ein Morbus haemolytikus neonatorum bei Rh-Inkongruenz der Eltern, weshalb es in die Univ. Kinderklinik Würzburg verlegt wird. EP.: 7-35 Std., AP.: 0-05 Std., NP.: 0-05 Std. Sang.: 50 g.
Wochenbett: abgestillt; komplikationslos. Klinikentlassung 8 Tage p. p. bei Wohlbefinden.
Nachforschung: Durch die Geburt ist keine Verschlechterung des Lungenbefundes eingetreten. Das Kind war bei der Klinikentlassng gesund. Mai 1953: Pat. fühlt sich wohl, ist jedoch noch in lungenfachärztlicher Behandlung.

Fall 47 KBl.-Nr. 50-1151-Geb.
Fräulein M.Sch. 25 Jahre, I.-grav. O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt, war jedoch a.p. 10 Wochen Hausschwangere.
Vorgeschichte: 1940 Typhus, 1946 Lungentuberkulose festgestellt, Jan.—Dez. 1947 Heilstättenbehandlung, Kaustik und Pneu dort angelegt. Le. Me. 13.5.1950.
Befund: 164 cm groß, 67 kg schwer, RR 110/70, Hb 73 v.H.. Urin Alb. neg. Lunge: abgeschwächtes Atemgeräusch beiderseits, Grenzen mäßig verschieblich. Lau-

fende Pneu.-Versorgung, etwa alle 14 Tage, letztmalig a.p. 9.11.1950. Gravidität mens X.

Diagnose: Ältere, geschlossene, doppelseitige, z. Zt. inaktive Lungentuberkulose mit Pneumothorax links. Zustand nach Kaustik. — Gravidität mens X.

Geburt: am 11.11.1950, angeblich 6 Wochen a.t., ein gesundes 50-51 cm langes, 3800 g schweres Mädchen aus li. HHL. EP.: 5-10 Std., Dolantin; AP.: 0-20 Std. Forceps aus li. tiefem Gradstand in Evipannarkose nach Episiotomie, 3 VE Orasthin i.v. NP.: 0-05 Std., Zervixrevision, Naht in Lokalanästhesie. Sang.: 250 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. 12 Tage p.p. bei Wohlbefinden nach Hause entlassen.

Nachforschung: Über das weitere Schicksal der Pat. war keine Nachricht zu erhalten.

Fall 48 KBl.-Nr. 51-18-Geb.

Frau B.U. 27 Jahre, II.-grav., I.-para. 19 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1947 Spontangeburt. Von August 1947 für etwa ein Jahr in Lungenheilstätten-Behandlung, am 28.12.1950 Pneu rechts angelegt. Le.Me. 30.4.1950.

Befund: Cor perkuttorisch nicht vergrößert, jedoch auffallend laute Herztöne; Lunge: rechts hypersonorer Klopfschall und aufgehobenes Atemgeräusch; links Dämpfung über der Spitze. — Gravidität mens X.

Diagnose: Zustand nach tuberkulösem Frühinfiltrat rechts z.Z. geschlossene Lungentuberkulose rechts. Gravidität mens X.

Geburt: am 3.1.1952 ad. term. gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP.: 7-28 Std. Blasensprengung bei 2 Qf. Mm. AP.: nach Episiotomie Entlastungsforceps aus Beckenbodengeradstand in Evipannarkose. 3 VE Orasthin i.v. NP.: 0-07 Std. Neogynergen, Naht. 4 g Supronal Sang. 150 g.

Wochenbett: abgestillt, Subinvolutio uteri sonst komplikationslos. Entlassung 14 Tage p.p. bei Wohlbefinden in weitere Tbc.-Überwachung.

Nachforschung: Durch die Geburt keine Verschlechterung des Lungenbefundes. Keine weiteren Schwangerschaften mehr. Mai 1953: Pat. fühlt sich wohl, ist jedoch noch behandlungsbedürftig. Kind gesund.

Fall 49 KBl.-Nr. 51-270-Geb.
Fräulein G.G. 26 Jahre, I.-grav, O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Seit 4 Wochen besteht eine hartnäckige Heiserkeit, vor 14 Tagen Lungentb. festgestellt. Seit 8 Tagen in der Med.Univ.Klinik Würzburg zur Behandlung. Wenig Auswurf, etwas Husten, Gewichtsabnahme erst in der letzten Zeit beobachtet. Le.Me. Anf. VI. 1950.
Befund: Blass; Cor klinisch o.B.; Lunge: über dem rechten Mittel -und Unterlappen deutliche Schallverkürzung bei vesikulärem Atemgeräusch. Puls 112-min. Starke Heiserkeit. Temp. rect. 37,8 C.; BKS 98/116. MTR pos, WaR neg., Kahn u. MKR neg. Gravidität mens X.
Geburt: am 8.8.1951 ad. term., ein gesundes, 47 cm langes, 2630 g schweres Mädchen aus linker HHL. EP.: 6-41 Std. Dolantin. AP.: nach Episiotomie Versuch einer Speculumentbindung, nach 3maligem erfolglosem Kristellern typische Beckenausgangszange, 3 VE Orasthin i. v. NP.: 0-10 Std. Zervixrevision, Naht, prophylaktisch 400 000 i.E. Penicillin i.m. Sanguis 250 g.
Wochenbett: abgestillt; komplikationslos, laufend Gaben von Penicillin und Streptomycin. 7 Tage p.p. Bei Wohlbefinden Rückverlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg.
Nachforschung: In der Med. Klinik weiterhin Behandlung mit Pasalon und Streptomycin und konnte so nach mehreren Monaten wesentlich gebessert entlassen werden. Die Entbindung selbst hatte keine anerkennbare Verschlechterung des tuberkulösen Befundes zur Folge.

Fall 50 KBl.-Nr. 51-429-Geb
Fräulein A.L. 32 Jhr. I.-grav.,O.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Vater mit 42 Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Kindvater angeblich ausgeheilte Lungen-Tb.

Selbst: seit 3 Jahren Basedow, seit 1950 LungenTb., die angeblich ohne Befund sei. Le.Me. 17.7.1950.

Befund: Cor: Systolicum über Basis und Spitze. Lunge klinisch o.B. Gravidität mens X. — Protrusio bulbi, Stellwag positiv.

Geburt: am 13.7.1951, 7 Tage a.t., ein gesunder, reifer Junge aus rechter HHL. Alte Erstgebärende. EP.: 17-00 Std., Dolantin; AP.: 0-20 Std. NP.: 0-10 Std. Vorzeitiger Blasensprung. — Sanguis 50 g

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. 10 Tage p.p. Entlassung in Mütterheim bei Wohlbefinden. Rö.-Kontrolle der Lunge empfohlen.

Nachforschung: Trotz aller Bemühungen ergebnislos.

Fall 51 KBl.-Nr. 51-652-Geb

Frau E.H. 22Jahre, I.-grav.,O.-para. 19 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1950 wurde eine Lungentuberkulose festgestellt. Le.Me. 28.8.1950.

Befund: Cor.: etwas nach links verdrängt, Töne rein,Aktionen beschleunigt jedoch regelmäßig. Pulmo: rechtsseitiger Pneu, linke Lunge klinisch o. B. Temperatur rect. 37,2 Grad C. — Gravidität mens X.

Diagnose: rechtsseitige geschlossene, exsudativ-produktive Oberfeldtuberkulose, rechtsseitiger Pneu. Gravidität mens X.

Geburt: am 17.6.1951, 13 Tage p.t., gesunder, reifer Junge aus linker HHL. EP.: 58-00 Std. Spasmolytica, Traubenzucker und Vitamine i.v.; secundäre Wehenschwäche. Blasensprengung bei fast völligem Mm. AP.: 2-27 Std. 3mal 1,5 VE Orasthin i.m. Nach Episiotomie aus tiefem Beckenstand Forceps. NP.: 0-05 Std. 3 VE Orasthin i.v. Naht. — Sanguis 400 g. Zervixrevision und -naht.; Supracillin.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos, Pneumothoraxnachfüllung. Entlassung 10 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Obwohl der Beginn der Lungentuberkulose bei der Patientin in die ersten Monate der Gravidität fiel, kam es bei ihr durch diese zu keiner akuten

Exacerbation des Morbus Koch, der mit Gaben von Pasalon und Conteben sowie durch Anlegen eines Pneumothorax behandelt wurde. — Im Sommer 1952 trug die Pat. zwar noch einen Pneu, fühlte sich aber sehr wohl. Es war bei ihr auch nach der Zeit des Wochenbettes durch die Geburt zu keiner erkennbaren Verschlechterung ihres Lungenbefundes gekommen.

Fall 52 KBl.-Nr. 51-705-Geb.

Frau L.F. 20 Jahre, I.-grav., O.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Ehemann nierenleidend. Selbst: 1949 Lungenentzündung danach Lungentuberkulose festgestellt. April bis September 1950 Heilstättenbehandlung. RÖ-Aufnahme im März 1951 soll o.B. gewesen sein.
Le. Me. 12. 10. 1950.

Befund: Herz- und Kreislauf klinisch o.B. Lunge: links klinisch o.B. rechts über dem Mittellappen fein- bis mittelblasige RG; rechter Unterlappen abgeschwächtes Atemgeräusch. RR. 140/80; Temp.rect. 37 Grad C.72 v.H. Hb. Urin (Sulfosalizylsäure) Eiweiß in Spuren. Gravidität mens X.

Diagnose: z. Zt. inaktive Lungentuberkulose. Gravidität mens X.

Geburt: am 4.7.1951, 15 a.t., gesundes, 47 cm langes, 3 000 g schweres, lebensfrisches Mädchen aus li. HHL., spontan. EP., 1-15 Std, AP.: 0-28 Std., Episiotomie, Kristellern. NP.: 0-07 Std. Naht. Sanguis 50 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 8 Tage p.p. bei Wohlbefinden nach Hause. — Kind Ikterus neonatorum prolongatus.

Nachforschung: Im Sommer 1953 ging es Mutter und Kind gut. Durch die Geburt war es zu keiner Verschlechterung des tuberkulosen Befundes gekommen.

Fall 53 KBl.- 51-1194-Geb.

Frau E.V. 30 Jahre, II.-grav., I.-para. 9 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Ehemann: Asthma bronchiale. Selbst: seit

1944 Lungentuberkulose, 1945 Pleuritis. 1946 Spontangeburt. 1948 und 1949 Heilstättenbehandlung, dort Pneu angelegt, der noch laufend nachgefüllt wird. Le.Me. 25.2.51.

Befund: Herz 2 Qf. nach links verdrängt, sonst o.B. Lunge: Pneu rechts. Puls 100-min. RR 145/95. Urin: Eiweiß opal. — Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene Lungentuberkulose rechts. Pneu rechts. Gravidität mens X.

Geburt: am 26.11.1951, 6 Tage a.t., gesundes, 48 cm langes, 2700 g schweres, lebensfrisches Mädchen aus li. HHL, spontan. EP.: 11-15 Std., 2 ccm Buscopan i.v., AP.: 0-05 Std. NP.: 1-25 Std., 1ccm Methergin i.v., 3 VE Orasthin i.v., bei liegender Plazenta 700 g geblutet, manuelle Plazentalösung in Narconumal-Narkose, heiße Uterusspülung, 3 VE Orasthin i.v., 1 ccm Neogynergen i.m. Eisblase, 500 ccm Periston i.v. — Sanguis 850 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos: 3.12.1951 Pneunachfüllung. Entlassung 9 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Durch die Geburt kam es zu keiner Verschlechterung des Lungenbefundes. Sommer 1953: Pat. trägt noch Pneu und fühlt sich wohl. Beide Kinder gesund und wohlauf.

Fall 54 KBl.-Nr. 52-249-Geb.

Frau P.Sch. 24 Jahre, II.-grav., I.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt .

Vorgeschichte: 1945 Pleuritis exsudativa, 1947 Otitis media, 1950 Heilstättenbehandlung. 1951 einen 4375 g schweren Jungen durch Sectio caesarea entbunden. 14 Tage Wochenbett, 7 Wochen gestillt. Le. Me. 30. 5. 1951. am 30. 6. 1951 nochmals schwache Genitalblutung.

Befund: Herz auskultatorisch und perkuttorisch o.B. Lunge: rechts Dämpfung, an der gleichen Stelle leises Reibegeräusch. — Gravidität mens X .

Diagnose: Inaktive, rechtsseitige Unterlappentuberkulose der Lunge, spezifischer Prozeß im rechten Oberfeld. — Gravidität mens X.

Geburt: am 10.3.1952, ad term., 48 cm langes, 2020 g schweres, lebensfrisches, gesundes Mädchen aus li. HHL.

spontan. EP.: 1-45 Std. AP.: 0-25 Std. NP.: 0-15 Std. Blutung bei liegender Plazenta, manuelle Uterusüberwachung, 2 mal 3 VE Orasthin i.v. Zervixrevision in Evipannarkose, Versorgung eines Labien- und Clitorisrissis. Sanguis insgesamt 600 g, 500 g bei liegender Plazenta, 100 g nach Ausstoßung der Plazenta. — 2 Std. p.p. leichter Kollaps, RR 85/50, 2mal 1 ccm Sympatol i.m., 2 Std. später wieder Wohlbefinden.

Wochenbett: abgestillt, 4. Wochenbettstag leichte Lochienstauung, Temp. 37,8 Grad C. ax., Uterotonica, Eisbeutel 8. Wochenbettstag Rö.-Thorax: alter spezifischer Prozeß re. Oberfeld;röntgenologisch kein Anhalt für Herzvitium, kein Anhalt für Aktivität des tub. Prozesses. — Entlassung 10 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Durch die Geburt keine Verschlechterung des Lungenbefundes, der im Dezember 1952 auch röntgenologisch o.B. sein soll. Mai 1953: aus der Univ. Nervenklinik Würzburg entlassen (endogene Psychose), sonst Wohlbefinden.

Fall 55 KBl.-Nr. 52-640-Geb.

Frau L.R. 25 Jahre, I.-grav., O.-para. 8 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 2mal Pneumonie, 1943 Appendectomie, 1947 rechtsseitige Lungentuberkulose festgestellt, 1948 Thorakoplastik. Le.Me. 18.9.1951.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. 62 v.H. Hb. Zustand nach Thorakoplastik rechts. — Gravidität mens X.

Diagnose: Rechtsseitige Lungentuberkulose mit Thorakoplastik. — Gravidität mens X.

Geburt: am 19.6.1952, 6 Tage a.t., 48/49 cm langes, 2 820 g schweres, lebensfrisches, gesundes Mädchen aus li HHL. spontan. EP.: 6-00 Std. AP.: 0-20 Std. Episiotomie. NP.: 0-10 Std., Naht der Episiotomie in LA. — Sanguis 100 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. 8 Tage p.p. bei Wohlbefinden entlassen.

Nachforschung: Sommer 1953, durch die Geburt keine Verschlechterung des Lungenbefundes, nach Angaben des Gesundheitsamtes Würzburg sogar gebessert, z.Z. nicht in Behandlung.

Fall 56 KBl.-Nr. 52-939-Geb.

Frau M.H. 28 Jahre, I.-grav., O.-para. 9 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1949 Verschattung der re. Lunge festgestellt und Pneu angelegt. Le.Me. 9.12.1951.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. 60 v.H. Hb. Lunge: re. Stimmfremitus und Atemgeräusch aufgehoben. (Pneu). Kommt aus der Med. Univ.-Klinik Würzburg, wo sie wegen ihrer Lungentuberkulose behandelt wurde. — Gravidität mensX.

Diagnose: Rechtsseitige Lungentuberkulose mit Cavernenbildung, re. Pneu. — Gravidität mens X.

Geburt: am 16.9.1952, ad term., reifes, lebensfrisches, gesundes Mädchen aus li. HHL, spontan. EP.: 6-05 Std., 2 ccm Dolantin; AP.: 0-10 Std., Episiotomie, Kristellersche Expression. NP.: 0-23 Std. Naht der Epi. in LA. — Sanguis 70 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Rückverlegung in Med. Univ.-Klinik Würzburg 8 Tage p.p.

Nachforschung: Keine Verschlechterung des Lungenbefundes durch die Geburt. Pat. wurde Ende 1952 gesund aus Heilstätte entlassen. Sommer 1953: Wohlbefinden keine weitere Schwangerschaft.

Fall 57 KBl.-Nr. 52-963-Geb. (Siehe auch Fall 40)

Frau Th.M. 24 Jahre, IV.-grav., IV.- para. 7 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Siehe auch Fall 40! 1948 Pleuritis, 1949 Kniegelenksentzündung re. 1951 Abort mens II. Seit Juni 1952 erneut Entzündung des re. Kniegelenks. Zweimal epileptiforme Anfälle während der jetzigen Gravidität. Kommt jetzt aus der Chir. Univ.-Klinik Würzburg, wo sie wegen des Fungus im re. Kniegelenk in Behandlung stand. Le.Me. 3.12.1951.

Befund: Herz und Lunge klinisch o.B. Schwellung des re. Kniegelenkes (Gipshülse). Adipositas. 68 v.H. Hb. Serumcalcium 7,38 mg Prozent. — Gravidität mensX.

Diagnose: abgeheilte Lungentuberkulose. Fungus re. Kniegelenk. — Gravidität mens X.

Geburt: am 22. 9. 1952 nach medikamentöser Einleitung, 13 Tage p.t., gesunder, reifer, lebensfrischer Junge aus li. HHL. spontan. EP.: 3-00 Std. 4mal 1,5 VE Orasthin i.m. AP.: 0-25 Std. NP.: 0-10 Std. 1 ccm Neogynergen i. m. Eisblase. 10 ccm Calcium i.v., da sub partu prätetanischer Zustand. — Sanguis 150 ccm.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. 7 Tage p.p. Rückverlegung in die Chir. Univ.-Klinik Würzburg.
Nachforschung: Es kam zu keiner Verschlechterung des tuberkulösen Prozesses durch die Geburten. Mai 1953 Wohlbefinden der Mutter und der Kinder.

Fall 58 KBl.-Nr. 52-1021-Geb.

Frau L.R. 24 Jahre, I.-grav., O.-para. 11 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Als Kind Masern und Keuchhusten. 1948 Lungentuberkulose festgestellt. 1948 Icterus. Pneumothorax angelegt. Le. Me. 17. 1. 1952.

Befund: 158 cm groß, 59 kg schwer, anämisch. Herz und Kreislauf klinisch o.B. Lunge: re. aufgehobenes Atemgeräusch, hypersonorer Klopfschall (Pneu).- Gravidität mens X.

Diagnose: Doppelseitige, zur Inaktivität neigende Lungentuberkulose; Pneu re. — Gravidität mens X.

Geburt: am 9.10.1952, ca. 10 Tage a.t., gesundes, reifes, lebensfrisches Mädchen aus li. HHL., mittels Forceps. EP.: 5-00 Std., AP.: 0-10 Std., nach Episiotomie Entlastungsforceps aus li. Beckenbodengeradstand in Evipannarkose. 3 VE Orasthin i.v., NP.: 0-02 Std., Naht der Episiotomie. — Sanguis 250 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 11 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Durch die Geburt keine Verschlechterung des tuberkulösen Befundes. Mai 1952: Lungenbefund seit Klinikentlassung im wesentlichen unverändert; Mutter und Kind sind wohlauf.

Fall 59 KBl.-Nr. 52-1043-Geb.

Frau G.B. 38 Jahre IV.-grav., III.-para. 4 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Bisher 3 Totgeburten. - Eilfall!

Befund: Schlechter Allgemeinzustand, dyspnoisch. Lunge: Atemgeräusch rechts o.B., links aufgehobenes Atemgeräusch, hypersonorer Klopfschall. Urin: Zucker pos. Gravidität mens IX—X.

Diagnose: Linksseitige Lungentuberkulose mit Pneu, Diabetes mellitus. Gravidität mens IX—X.

Geburt: am 16.8.1952, unklarer Geburtstermin, gesunder, lebensfrischer, reifer Knabe in re. Schädellage per sectionem. — Sectio caesarea cervicalis transperitonealis in Lokalanaesthesie. — Sanguis 200 g.

Wochenbett: abgestillt, p.p. Heilung der Laparotomienarbe, komplikationslos. Verlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg 4 Tage p.p.

Nachforschung: Weiterbehandlung in Med. Univ. Klinik mit Rimifon, Entlassung in wesentlich gebessertem Zustande. Mai 1953: Allgemeinzustand zufriedenstellend, Diabetes mellitus unverändert; durch die Geburt kam es zu keiner Verschlechterung des Lungenbefundes. Kind gesund.

Fall 60 KBl.-Nr. 47-3-Geb.priv.

Frau I.J. 28 Jahre, III.-grav., II.-para. 13 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: nicht genau zu erheben, da Pat., die Ausländerin ist, nicht deutsch spricht.- Mit 6 Jahren Knochentuberkulose der re. Hüfte. Le. Me. 22.3.1946.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. Re. Bein verkürzt, Zustand nach Coxitis tuberculosa re. — Gravidität mens X.

Diagnose: Zustand nach Coxitis tuberculosa re; starke Arthrosis deformans des re. Hüftgelenkes (wahrscheinl. als Folgezustand nach Epiphysennekrose). — Gravidität mens X.

Geburt: am 6.1.1947, 8 Tage p.t., gesundes, lebensfrisches, reifes Mädchen aus li. HHL, spontan. EP.: 10-25 Std.

2 Dolantin-Supp., 1/2 ccm Pituglandol i.m. AP.: 0-19 Std., Std., NP.: 0-11 Std., 4 VE Pituglandol i. v. wegen Blutung bei liegender Plazenta. — Sanguis 650 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 13 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: ergebnisols, da nach Auflösung des Lagers der derzeitige Aufenthalt der Pat. nicht zu ermitteln war.

Fall 61 KBl.-Nr. 47-182-Geb.priv.

Frl. M.Z. 30 Jahre, I.-grav., O.-para. 15 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mutter an Halsdrüsenkrebs 1945 gestorben. Selbst: 1941 Diphtherie, anschließend Tuberkulose festgestellt, im gleichen Jahr auch Pneu angelegt, Kaustik. 1944 Pleuritis. Le. Me. 2. 9. 1946.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. 70 v.H. Hb. BKS 60/98. Zustand nach Pneu und Kaustik. Gravidität mens X.

Diagnose: Alte Kalkherde in beiden Lungenflügeln, Zustand nach Lungentuberkulose, Pneu und Kaustik. Alte Erstgebärende. Gravidität mens X.

Geburt: am 12.6.1947, 3 Tage p.t., gesundes, lebensfrisches, 47-48 cm langes, 2540 g schweres Mädchen aus re. HHL, spontan. EP.: 16-10 Std., 1 amp. Dolantin i.m., AP.: 0-33 Std., NP.: 0-27 Std., 1/2 ccm Pituglandol i. m. Sanguis 350 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 9 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: ergebnislos. Pat. war Flüchtling und ist nach unbekannt verzogen.

Fall 62 KBl.-Nr. 48-17-Geb. priv.

Frau A.G. 26 Jahre, I.-grav., O.-para. 12 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Ehemann Lungentuberkulose. Selbst: 1942 Appendectomie; August 1946 geschlossene Lungentuberkulose festgestellt. Le. Me. 1.4.1947.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. Hb 70 v.H.. — Gravidität mens X.

Diagnose: Doppelseitige, geschlossene, produktive Lungentuberkulose. — Gravidität mens X.

Geburt: am 13.1.1948, 5 Tage p.t., gesunder, lebensfrischer reifer Knabe aus li. HHL, spontan. Vorzeitiger Blasensprung. EP.: 14-45 Std., AP.: 0-20 Std., NP.: 0-10 Std., Dammriß I. Grad, Naht in LA. — Sanguis 250 g.

Wochenbett abgestillt, komplikationslos. Entlassung 9 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Durch die Geburt kam es zu keiner Verschlechterung des tuberkulösen Lungenbefundes: später nochmals Heilstättenbehandlung. Mai 1953: Lungentuberkulose angeblich ausgeheilt, wohlauf. Befund des Ehemannes ebenfalls gebessert. Kind gesund.

Fall 63 KBl.-Nr. 48-339-Geb.priv.

Frau H.K. 37 Jahre, VI.-grav.- I.-para. 29 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Schwester mit 33 Jahren an Lungentuberkulose gestorben. Selbst: 1929 Appendectomie, 1933 tuberkulöse Pleuritis, seit 1936 dauernde Heiserkeit. 1943 Thorakoplastik. - 1940 Abort mens II, 1941 Abort mens II und mens IV, 1942 Abort mens II; 1944 Zangengeburt 6 Monate gestillt; 1947 Adnexis. Le. Me. 12.2.1948.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. Zustand nach Thorakoplastik. Ausgeprägte, therapierestente Heiserkeit. — Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene Lungentuberkulose. Zustand nach Thorako-Plastik. Chronische Laryngitis — Gravidität mens X.

Geburt: am 24.11.1948, 5 Tage p.t., gesunder, lebensfrischer, reifer Knabe aus re. HHL. spontan. EP.: 3-45 Std. AP.: 0-15 Std., NP.: 0-13 Std. — Sanguis 280 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 11 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: Ostflüchtling, die angegebene Adresse stimmte nicht.

Fall 64 KBl.-Nr. 49-184-Geb. priv. (Vergleiche Fall 28)

Frau H.B. 29 Jahre, II.-grav., I.-para. 35 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Siehe auch Fall 28. In den letzten Wochen der Gravidität schlechter Schlaf, nächtliche Atemnot, häufiges Wasserlassen.

Befund: Stark dyspnoisch, über beiden Lungenflügeln laute RG. Puls 104-min. RR 120/85. EKG: ausgesprochener rechtsventriculärer Typ. BKS 95/128. Hb. 81 v.H. 16 v.H. Lympho, 12 v.H. Stab. Urin: Eiweiß opal: Sediment: viele Leuco, vereinzelt Ery.; Rest-N. 34,6 mg Prozent. Keine Ödeme. Gravidität mens IX—X.

Diagnose: Beiderseits offene, aktive, ausgedehnte, cirrhotisch-produktive, cavernöse Lungentuberkulose. Ausgedehnte rechtsseitige Pleuraverschwartung. Zustand nach Phrenicotomie. Verziehung der Mediastinalorgane nach li. Leichte Herzinsuffizienz. — Gravidität mens IX—X.

Geburt: am 3.12.1949, etwa 4 Wochen a. t., gesundes, leicht apnoisches, 48 cm langes, 2 550 g schweres, männliches Kind aus li. HHL., per forcipem entwickelt. EP.: 15-20 Std. Spasmalgin, Eukodal i.m., Glucose i. v. AP.: 15-20 Std., starke Dyspnoe der Mutter beim Pressen, nach digitaler Mm.-Dehnung und Episiotomie Forceps aus li Beckenmittenschrägstand in Evipannarkose. NP.: 0-03 Std., 3 VE Orasthin i.v., Blutung bei liegender Plazenta, manuelle Plazentalösung, heiße Uterusspülung, Zervixrevision, Naht der Episiotomie, Scheidentamponade. - Sanguis 300 g.

Wochenbett: Subfebrile Temperaturen, Cardiaca, Kreislaufmittel. Abgestillt. 4 Tgae p.p. Verlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg.

Nachforschung: Obwohl es zu befürchten war, daß infolge der Minderung des intraabdominellen Druckes sub partu durch Tiefertreten des Zwerchfells lebensbedrohliche Cavernenrupturen auftreten könnten, kam es durch die Geburt zu keiner Komplikation. Durch Behandlung mit Pasalon, Streptomycin und durch systematische Liegekur konnte eine Besserung erzielt werden (12 kg Gewichtszunahme). Pat. ist fast ein Jahr in der Med. Univ.-Klinik geblieben und wurde dann in gutem Gesundheitszustand entlassen.

Fall 65 KBl.-Nr. 50-71- Geb.priv.

Frau L.M. 28 Jahre, II.-grav., I.-para. 19 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Seit 1941 Lungentuberkulose, 1943 Diphtherie, 1945 Luftembolie, 1948 Appendectomie. 1944 Spontangeburt, 8 Monate gestillt. In den letzten Wochen Klagen über Schwindelgefühl und Atemnot. Le.Me. 21.9.1949.

Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. Geringe prätibiale Ödeme. Zustand bei Pneumothorax. — Gravidität mens X.

Diagnose: Lungentuberkulose, Pneumothorax. Gravidität mens X.

Geburt: am 7.6.1950, ad term., gesunder, lebensfrischer, reifer Knabe aus re. HHL, spontan. EP.: 7-15 Std., AP.: 0-10 Std., Episiotomie, NP.: 0-10 Std., Naht der Episiotomie in LA. Unter der Geburt keine Kurzatmigkeit, keine Cyanose. — Sanguis 200 g.

Wochenbett: abgestillt; linksseitige Mastitis, Penicillin, Allional, Hovaletten, sonst komplikationslos von Seiten des Uterus und des Lungenbefundes. Entlassung 18 Tage p.p. bei Wohlbefinden.

Nachforschung: keine Verschlechterung des Lungenbefundes durch die Geburt. 1953 Rö.-Kontrolle der Lunge: keine frischen Herde. BKS 8/14 Pat. fühlt sich wohl. Die Kinder sind gesund.

Fall 66 KBl.-Nr. 51-13-Geb. priv.

Frau Dr. med. L.O. 29 Jahre, I.-grav., O.-para. 17 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: 1928 Appendectomie. Im Frühjahr 1945 Blutspucken, dadurch Lungentuberkulose festgestellt, seitdem rechtsseitiger Pneu. Le.Me. 1. 5. 1950.

Befund: Gelegentliche Extrasystolen. Puls 96-min. RR 145/80. Lunge: rechts aufgehobenes Atemgeräusch, hypersonorer Klopfschall (Pneu). Rö-Befund der Lunge zeigt keine Aktivität der Tuberkulose. — Gravidität mens X.

Diagnose: Geschlossene, z.Z. inaktive Lungentuberkulose. Rechtsseitiger Pneu. Gravidität mens X.

Geburt: am 12.2.1951, 5 Tage post term., gesundes, reifes, lebensfrisches Mädchen aus li. vollkommener Fußlage mit Brachtscher Manualhilfe entwickelt. EP.: 8-16 Std., 2 ccm Dolantin, AP.: 0-59 Std., Episiotomie, Brachtsche Manualhilfe. Beim Pressen mäßige Schmerzen im Gebiete des Pneu. NP.: 0-15 Std. Naht der Episiotomie in LA. Sanguis 200 g.

Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Rö-Befund zeigt keine Aktivierung des Lungenbefundes. Pneu nachgefüllt. 17 Tage p.p. bei Wohlbefinden entlassen.

Nachforschung: Laufende Pneuversorgung. November 1951 stationäre Behandlung, anschließend objektive u. subjektive Besserung. Große Pleuraschwarten.

Fall 67 KBl.-Nr. 52-8-Geb. priv.

Frau B.P. 38 Jahre, II.-grav., I.-para. 13 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Mit 5 Jahren Rückenmarkserkrankung. Seit 2 Jahren Fistel am Darmbeinkamm und am Kreuzbein, wurde wiederholt im König-Ludwig-Haus Würzburg behandelt wegen Gibbus und fistelnder spondylitischer Prozesse. 1945 Kaiserschnitt, 10 Monate gestillt, danach Kind gestorben Le. Me. 24.4.1951.

Befund: nur 126 cm groß, 43 kg schwer. Alte Spondylitis mit schwerster Gibbusbildung. Die ganze Lendenwirbelsäule ist zu einem den Gibbus bildenden Knochenblock zusammengewachsen, in dem sich Knochenhöhlen finden von denen Fisteln zum Darmbeinkamm und zum Kreuzbein führen. BKS 45/64 Hb. 70 v.H. Hängebauch intertriginöses Ekzem am Unterbauch. Fisteleiter: keine Erreger, keine säurefesten Stäbchen nachweisbar. - Graviditat mens X. Dringender Kinderwunsch.

Diagnose: Spondylitis tuberculosa mit schwerster Gibbusbildung und Fisteleiterungen. Spondylitischer Zwerg. Dringender Kinderwunsch. — Gravidität mens X. Enges Becken. Zustand nach Sectio caesarea.

Geburt: 18.1.19.52, 10 Tage a.t., gesunder, lebensfrischer 46-47 cm langer, 2 770 g schwerer Knabe durch Sectio caesarea cervicalis transperitonealis mit doppelseitiger

Tubensterilisation nach Madlener in Chloräthyl-Äthernarkose. Vorzeitiger Blasensprung — In Anbetracht der Anamnese (Sectio 1945), dem Alter der Pat., dringendem Wunsch nach einem lebenden Kinde und der Lage der Frucht (Rö:Steißlage) ist die Sectio angezeigt.-Atropin, 3 VE Orasthin i.v., 250 ccm Tutofusin, Glucose i.v. 400 000 i. E. Penicillin i. m., 1/2 Gramm Streptomycin i.m., Dilaudid, Nicobin, Sympatol. — Sanguis 400 g.
Wochenbett: bis 23.1.1952 (5 Tage p.p.), an diesem Tage Zeichen eines paralytischen Ileus und einer Herz- und Kreislaufinsuffizienz. Pat. verläßt auf Wunsch des Ehemannes gegen ärztlichen Rat die Klinik und stirbt auf dem Heimtranport am 24.1.1953.
Todesursache: Paralytischer Ileus. Herz- und Kreislaufversagen.

Fall 68 KBl.-Nr. 52-469-Geb. (Vergleiche Fall 46). Frau E.Z. 36 Jahre, IV.-grav., III.-para. 13 Tage Klinikaufenthalt.
Vorgeschichte: Vergleiche Fall 46. Seit der letzten Geburt keine Verschlechterung des tuberkulösen Befundes, der sogar abgeheilt sein soll. Pat. steht aber trotzdem noch in lungenfachärztlicher Überwachung. Le.Me.1.8.51.
Befund: Herz und Kreislauf klinisch o.B. Lunge: über beiden Spitzen Dämpfung (Oleothorax), Begleitemphysem. Hb 70 Prozent. Allgemeinzustand gut. Bei der Klinikaufnahme keine kindlichen Herztöne mehr nachweisbar. Keine Kindsbewegungen mehr verspürt seit dem 2.4.1952. Gravidität mens X.
Diagnose: Beiderseitige Lungentuberkulose mit Oleothorax. Begleitemphysem. Rh-Inkongruenz der Ehegatten. Gravidität mens X. Fetus mortuus.
Geburt: am 5.5.1952, 2 Tage ante term., 54 cm langes, 3 500 g schweres männliches Kind aus li. HHL, spontan. Macerationen I Grad. EP.: 4-10 Std. Trilen, AP.: 0-08 Std. NP.: 0-12 Std., 3 VE Orasthin i.v. — Sanguis 50 g.
Wochenbett: abgestillt, komplikationslos. Entlassung 8 Tage p.p. bei Wohlbefinden.
Nachforschung: Durch die Geburt keine Verschlechterung

des tuberkulösen Befundes. Mai 1953: Lungenbefund unverändert, subjektives Wohlbefinden. - Das am 17.10.1950 geborene Kind (Fall 46) ist seit der wegen einer fetalen Erythroblastose notwendig gewesenen stationären Behandlung in der Univ. Kinderklinik Würzburg (Vergleiche auch Fall 46) gut gediehen.

Fall 69 KBl.-Nr. 50-397-Geb.

Frau R.P.41 Jahre IX.-grav., VIII.-para. 10 Tage Klinikaufenthalt.

Vorgeschichte: Bis 1947 angeblich nie ernstlich krank gewesen 8 gesunde lebende Kinder,Geburten 1930,1933,1935,1938 1939, 1940, 1941 und 1943. 1947 Pleuritis exsudativa, Gallenkoliken mit anschließendem Icterus. 2 Monate später aktive Lungentuberkulose mit Cavernenbildung im linken Oberlappen festgestellt. Le.Me. Mitte Okt. 1949, Mitte Januar 1950 geringe Genitalblutungen. Am 14.4.1950 starke Genitalblutungen (etwa 1 000 g).

Befund: Lungengrenzen links mehr als rechts verschieblich. Linkes Oberfeld \Vesicobronchialatmen, deutliche Schallverkürzung, verstärkte Bronchophonie, verstärkter Stimmfremitus. Über beiden Unterfeldern geringe Schallverkürzung. Hb. 61 Prozent. — Gravidität mens X.

Diagnose: Ausgedehnte produktiv-cirrhotische, exsudative Oberlappentuberkulose rechts. Beidseitiges Pleuraexsudat. Verdacht auf Plazenta prävia. Anämie. Gravidität mens X.

Geburt: am 15.4.1950, angeblich 3 Monate ante term., eines 49-50 cm langen, 2 420 g schweren, apnoischen Knaben durch Sectio caesarea cervicalis transperitonealis in Chloräthyl-Äthernarkose (wegen starker Blutungen - etwa 1 200 g - bei Plazenta prävia centralis und exsudativer Lungentuberkulose). Spasmolytica, 3 VE Orasthin i. v. Neogynergen i.m., 400 000 i.E. Penicillin i. m., Infusion, Uterustamponade, Transfusion. Kind nach Wiederbelebungsversuchen bald eupnoisch und rosig. Sanguis 1300 g.

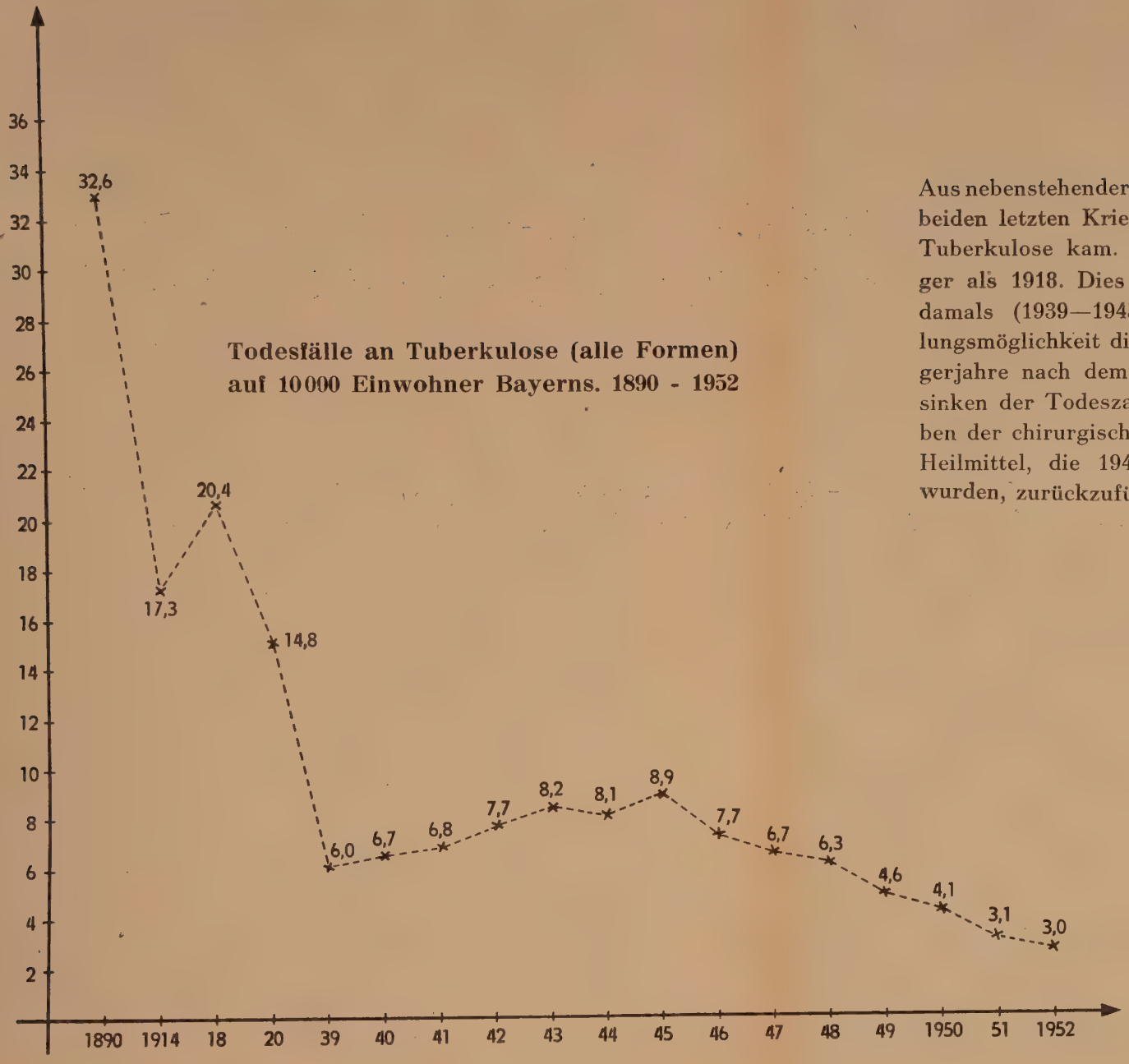
Wochenbett: 3 Tage p.p. Temperaturanstieg auf 39 Gd. C., Hb 45 v.H., Leuco 12 000. Verdacht auf miliare Aussaat der Lungentuberkulose. 18.4.1950 Verlegung in die Med. Univ.-Klinik Würzburg.

Nachforschung: Am 21.4.1950 motorische Unruhe mit klonischen Krampfanfällen, Desorientiertheit, Delirien. Temperatur 39 Grad C und darüber, Puls bis 150/min. Am 24.4.1950 Leuco 8 400, Ery 2, 56 Mil., Hb 40 v.H., BKS 80/120; Stab 16, Leuco toxisch granuliert, Lympho 26 v.H., Seg. 56 v.H. Am 24.4.1950 verstarb die Pat. in der Med. Klinik an der tuberkulösen Erkrankung. — Über das Kind war keine Nachricht zu bekommen.

Schlußdiagnose: Miliare Aussaat der Lungentuberkulose mit Meningitis tuberculosa im Wochenbett.

C. AUSWERTUNG DER KASUISTIK.

Unser Beobachtungsgut umfaßt die Fälle, die in der Zeit vom 1. Januar 1947 bis zum 31. Dezember 1952 wegen einer bestehenden Tuberkulose während der Schwangerschaft in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg zur Aufnahme kamen. — Zwar ist allgemein bekannt, daß die Mortalitätskurve der Tuberkulose in der ganzen Welt seit Jahrzehnten konstant absinkt und heute einen unerwarteten Tiefstand erreicht hat, und zwar sowohl bei schwangeren als auch bei nichtgraviden Patientinnen. Fanden doch Schäfer und Epstein an Hand von amerikanischen Statistiken, daß die Sterblichkeit tuberkulöser Schwangerer von 60 im Jahre 1932 auf 10 pro 100 000 im Jahre 1950 abgesunken ist. Immerhin gilt aber für unsere deutschen Verhältnisse, daß Hunger, schlechte Wohnungsverhältnisse und allgemeine Armut während und im Anschluß an den letzten Weltkrieg (1939—1945) günstige Voraussetzungen für eine tuberkulöse Infektion schufen. Wie groß der Einfluß dieser Faktoren auf die Mortalität bei Tuberkulose im allgemeinen damals war, veranschaulicht die folgende graphische Darstellung. Wir haben hiefür die Ergebnisse des Bayerischen Statistischen Landesamtes verwendet, da es sich ja auch bei unseren eigenen Beobachtungen um Frauen aus dem Lande Bayern handelt.



Todesfälle an Tuberkulose (alle Formen) auf 10000 Einwohner Bayerns. 1890 - 1952

Aus nebenstehender Kurve ist zu ersehen, daß es während der beiden letzten Kriege zu einem Anstieg der Todesfälle an Tuberkulose kam. Ihre Häufigkeit ist jedoch 1945 geringer als 1918. Dies liegt wohl unter anderem mit an der damals (1939—1945) schon allgemein besseren Behandlungsmöglichkeit dieser Erkrankung. Daß es trotz der Hungerjahre nach dem 2. Weltkrieg zu einem successiven Absinken der Todeszahlen an Tuberkulose kam, ist wohl neben der chirurgischen Behandlung besonders auf die neuen Heilmittel, die 1945-46 und in der Folgezeit entwickelt wurden, zurückzuführen.

Übersicht über unser Beobachtungsgut (Univ. Frauenklinik Würzburg). 1947 - 1952

Jahr	Gesamtzahl der Patientinnen	Schwangere Patientinnen	Schwangere Pat., die wegen einer Tuberkulose eingewiesen wurden
1947	2531	1384	9
1948	2806	1452	13
1949	2178	1462	10
1950	2671	1495	11
1951	2627	1464	10
1952	2802	1433	14
1947—1952	15615	8690	67

Die **Nachforschungen** über das Schicksal unserer Tuberkulosepatientinnen nach der Klinikentlassung waren sehr schwer, da es sich ja gerade damals um die Zeit der Umsiedlungen, Auswanderungen und des so häufig notwendigen Wohnungswechsels handelte. So ist es wohl auch verständlich, daß wir in einem Teil unserer Fälle nur wenig oder sogar gar nichts über das weitere Befinden der Frauen und Kinder erfahren konnten. — Auf einen Fragebogen, den wir an die 67 in den Jahren 1947-1952 an Tuberkulose erkrankten Frauen, die während der Gravidität in unserer Klinik waren, geschickt haben, bekamen wir nur in 16 Fällen Antwort. In 41 Fällen beantworteten die ehemaligen Patientinnen unseren Fragebogen nicht. Zehn der Briefe kamen mit dem Vermerk „unbestellbar" zurück. Von den Einwohnermeldeämtern erfuhren wir über den Verbleib einiger Patientinnen und mit Hilfe der Gesundheitsämter Heilstätten und Kliniken konnten meist doch noch befriedigende Berichte über das weitere Ergehen von 28 Fällen erhalten werden. 24 ehemaligen Patientinnen wurden zu Hause aufgesucht.

Über zwei dieser unserer Fälle haben wir erfahren, daß sie nach den USA. ausgewandert waren. Nach den Auswanderungsbestimmungen werden aber Personen mit einer offenen Tuberkulose zurückgestellt; diese Tatsache läßt ver-

muten, daß es sich bei den beiden ausgewanderten Patientinnen um gebesserte Fälle handelt.
Im folgenden soll eine Aufstellung unserer Fälle, die wir der besseren Übersicht wegen nach den folgenden Gesichtspunkten aufgeteilt haben, gegeben werden:

a.) Interruptio der Gravidität wegen Tuberkulose

b.) Ablehnug der Interruptio bei Pat. mit Tuberkulose

c.) Geburten bei Frauen mit einer Tuberkulose.

ad a. Interruptio der Gravidität wegen Tuberkulose.

In den Jahren 1947 mit 1952 wurden 27 Patientinnen in die Würzburger Universitäts Frauenklinik zur Frage der Interruptio der Gravidität wegen Tuberkulose eingeliefert. Bei 15 dieser 27 Frauen wurde eine Interruptio durchgeführt.(Fall 1, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 27)

Die nachstehende Aufstellung zeigt, wie sich die Fälle, in denen die Schwangerschaft wegen bestehender Tuberkulose interrupiert wurde, auf die einzelnen Jahre unserer Beobachtungszeit verteilen.

1947 wurden von 4 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
1 Fall (Fall Nr. 1)

1948 wurden von 5 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
3 Fälle (Fall Nr. 3, 4, 27)

1949 wurden von 4 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
1 Fall (Fall Nr. 17)

1950 wurden von 5 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
2 Fälle (Fall Nr. 11, 20)

1951 wurden von 3 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
2 Fälle (Fall Nr. 12, 22)

1952 wurden von 6 zu begutachtenden Fällen interrupiert:
6 Fälle (Fall Nr. 13, 14, 15, 23, 24, 25)

1947-1952 wurden von 27 zu begutachtenden Fällen interrupiert: 15 Fälle

Bei diesen 15 Patientinnen handelt es sich 13 mal um eine **sehr schwere Lungentuberkulose,** in 2 Fällen stand eine **Knochentuberkulose** im Vordergrund, worauf im Folgenden noch näher eingegangen werden soll.
12 Pat. der hier zu beurteilenden Gruppe hatten eine offene Lungentuberkulose (Fall 1,3,4,11,12,13,15,17,22,23,24,25).

In 8 Fällen handelte es sich um eine doppelseitige Lungentuberkulose (Fall 1,4,13,15,17,20,22,24).

In 7 Fällen waren tuberkulöse Cavernen vorhanden (Fall 1, 4,11,12,13,15,17).

6 Patientinnen waren Pneuträgerinnen (Fall 1,13,20,22,23,24)
2 Frauen hatten eine Thorakoplastik (Fall 11, 17) und
2 Frauen eine Lungenkaustik (Fall 22,24).

Bei einer Patientin war eine Phrenicusquetschung vorgenommen worden (Fall 13).
13 Fälle waren noch oder wieder aktiv (Fall 1,3,4,11,12,13, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 25).

Die **Krankheitsbeurteilung** der Fälle hinsichtlich der Indikationsstellung **zu einer Schwangerschaftsunterbrechung** wurde meist von den Universitätskliniken in Würzburg vorgenommen. Als weitere Gutachterstellen fungierten aber auch noch andere Institutionen.

Aus der folgenden Zusammenstellung ist zu ersehen, von welchen Gutachtern die Patientinnen untersucht wurden und wie diese die Frage der Interruptio beurteilten.

Fall 1

UNRRA Hospital Lohr am Main	befürwortet
Prof. G. Burkhard, Lohr am Main	befürwortet
Med. Univ.-Klinik Würzburg	befürwortet

Fall 3

Med. Univ.-Klinik Würzburg	befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg	befürwortet

Fall 4

Staatliches Gesundheitsamt Marktheidenfeld	befürwortet
Med. Univ.-Klinik Würzburg	befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg	befürwortet

Fall 11
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 12
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 13
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 14
Orthopädische Univ.-Klinik Würzburg abgelehnt
Versehrtenkrankenhaus Werneck stellt eine relative Indik.
Prof. Seifert, Würzburg; Dr. Wirths, Würzburg und
Dr. Zwerenz, Bergtheim befürwortet
Fall 15
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Lungenheilstätte Lohr am Main befürwortet
Fall 17
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 20
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Fall 22
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 23
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Staatliches Gesundheitsamt Gemünden-Main befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 24
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Univ.-Frauenklinik Würzburg befürwortet
Fall 25
Chirurgische Univ.-Poliklinik Würzburg befürwortet
Chirurgische Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Fall 27
Med. Univ.-Klinik Würzburg befürwortet
Orthopädische Univ.-Klinik Würzburg befürwortet

Es wurde in keinem Falle von der Universitäts Frauenklinik eine Indikation zur Interruptio gestellt, die nicht auch von anderer Stelle befürwortet worden war.
Der Forderung, eine für notwendig gehaltene Interruptio bereits in den ersten Monaten der Schwangerschaft vorzunehmen, wurde weitgehend entsprochen.

Die Verteilung der Fälle auf die einzelnenSchwangerschaftsmonate, in denen die Unterbrechung durchgeführt wurde, zeigt die nachstehende Tabelle:

Im 1. Schwangerschafsmonat 0 Fälle
im 2. Schwangerschafsmonat 5 Fälle
(Fall 14,15,17,25,27)
im 3. Schwangerschaftsmonat 7 Fälle
(Fall 1,11,12,13,20,22 und 24)
im 4. Schwangerschaftsmonat 1 Fall
(Fall 4)
im 5 Schwangerschaftsmonat 2 Fälle
(Fall 3, 23.)

Die **Art der Interruptio** wurde von Fall zu Fall entschieden. Zwölf Schwangerschaftsunterbrechungen erfolgten durch digitale oder instrumentelle Ausräumung des Uterus (Fall 1, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 27.)
Zwei Mal (Fall 12, 23) wurde eine Hysterotomia vaginalis anterior durchgeführt, und in einem Fall (Fall 3) wurde eine Uterusamputation per vaginam unter Belassung der Adnexe vorgenommen. Es handelt sich in diesem letzteren Falle um eine 33 jährige Pat., die bereits zwei Mal spontan entbunden hatte und bei der damals eine offene, mit Einschmelzungen einhergehende Lungentuberkulose und eine Gravidität mens V bestanden.
Der postoperative Verlauf war während des Klinikaufenthaltes bei allen Patientinnen ungestört. In zwei Fällen wurde eine Subinvolutio uteri im Krankenblatt vermerkt (Fall 4, und 20). Im Fall 15 war es während der Schwangerschaft zu einer deutlichen Verschlimmerung der Tuberkulose gekommen, nach der Interruptio trat Besserung ein, und eine spätere Heilstättenbehandlung brachte völlige Heilung.
Hinsichtlich des **weiteren Verlaufes der Tuberkulose** bei

den 15 Patientinnen, bei denen eine Unterbrechung der Schwangerschaft wegen dieser Krankheit medizinisch indiziert war und dann auch durchgeführt wurde, ergab sich das folgende Bild:

8 Patientinnen wurden **letzten Endes gebessert** (Fall 4,12, 13, 15, 17, 22, 24, 25).

1 Patientin wurde **vorübergehend gebessert** (Fall 20), bei

1 Patientin blieb der Gesundheitszustand **unverändert** (Fall 14), bei

1 Patientin kam es zu einer **Verschlechterung** (Fall 3). Das Schicksal von **4 Patientinnen** ist uns **unbekannt**, da keine Nachricht von ihnen zu erhalten war (Fall 1,11,23,27).

Von den 15 Patientinnen ist **keine einzige im** Anschluß an die Interruptio **gestorben.**

ad b. Ablehnung der Interruptio bei Patientinnen mit Tuberkulose.

Von den 27 Fällen, die in den Jahren 1947 mit 1952 in die Universitäts Frauenklinik Würzburg zur Beurteilung der Frage einer Interruptio wegen Tuberkulose eingeliefert wurden ist **12 Mal die Schwangerschaftsunterbrechung nicht durchgeführt** worden. Es handelt sich hierbei um die Fälle 2,5, 6, 8, 9, 10, 16, 18, 19, 21, 26, 28. Von diesen 12 Frauen haben zwei (Fall 2, 28) später in unserer Klinik entbunden. (Siehe auch Seite 81)

Auf die einzelnen Jahre unserer Beobachtungszeit verteilen sich die Fälle, bei denen eine Interruptio der Gravidität wegen Tuberkulose abgelehnt wurde, wie folgt:

Jahr	Anzahl der zur Begutachtung eingewiesenen Fälle	Anzahl der Fälle, bei denen Interrupt. wegen Tbc. abgelehnt wurde	Nummer der Fälle, bei denen Interrupt. wegen Tbc. abgelehnt wurde
1947	4	3	Nr. 2,16,26
1948	5	2	Nr. 5,6
1949	4	3	Nr. 8,18,28
1950	5	3	Nr. 9,10,19
1951	3	1	Nr. 21
1952	6	0	—
1947-1952	27	12	

Diese Pat. **wurden** von den folgenden Stellen **begutachtet:**

		Interruptio
Fall 2	Med. Univ.-Klinik Würzburg	abgelehnt
	Dr. med. Rheindorf, Kitzingen	befürwortet
Fall 5	Staatliches Gesundheitsamt Marktheidenfeld	befürwortet
	(wurde nicht unterbrochen, da die Patientin zur fachärztlichen Untersuchung nicht einwilligte)	
Fall 6	Dr. med. Spatze, Rothenburg o.T.	befürwortet
	Dr. med. Schindler, Würzburg	befürwortet
	Med. Univ.-Klinik Würzburg besteht auf einer Kontrolle nach drei Wochen	
	Univ.-Frauenklinik Würzburg: noch bevor es zur Beurteilung kommt hat die Pat. die Klinik heimlich verlassen.	
Fall 8	Med. Univ.-Klinik Würzburg	abgelehnt
Fall 9	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 10	Med. Univ.-Klinik Würzburg	abgelehnt
	Chirurgische Univ.-Klinik Würzburg	befürwortet
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 16	UNNRA Hospital Wildflecken	befürwortet
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 18	Med. Univ.-Klinik Würzburg	befürwortet
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 19	Med. Univ.-Poliklinik Würzburg	abgelehnt
	(beantragt eine Verschickung in eine Lungenheilstätte)	
	Dr. med. de l'Espine, Würzburg	abgelehnt
	(befürwortet Aufenthalt in Lungenheilstätte)	
Fall 21	Med. Univ.-Klinik Würzburg	abgelehnt
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 26	Staatliches Gesundheitsamt Würzburg	befürwortet
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt
Fall 28	Lungenheilstätte Heigenbrücken	abgelehnt
	Med. Univ.-Klinik Würzburg	abgelehnt
	Univ.-Frauenklinik Würzburg	abgelehnt

In vier Fällen (Fall 10,16,18,26) wurde von der Universitäts-Frauenklinik Würzburg die Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt, obwohl sie von einer anderen Stelle für notwendig erachtet worden war.

Die 12 Patientinnen hatten alle mit Ausnahme des Falles 10, eine Lungentuberkulose. Beim Fall 10 handelt es sich um eine isolierte Nierentuberkulose. Eine Patientin (Fall 16) litt an Lungen- und Nierentuberkulose, im Fall 19 bestanden eine Lungentuberkulose und ein Asthma bronchiale und im Fall 28 außer der spezifischen Lungenerkrankung noch eine Herzinsuffizienz.

Es handelte sich bei diesen unseren Patientinnen um Frauen mit verhältnismäßig ernsten Erkrankungen, wie die folgende **Zusammenstellung** zeigt:

Bei den Fällen 2,5,6,21,26 bestand eine einseitige, und bei den Fällen 8,9,16,28 eine doppelseitige Lungentuberkulose. Bei vier dieser Schwangeren (Fall 5,9,18,28) handelte es sich um eine offene Tuberkulose. Im Fall 5,6,28 war die Tuberkulose aktiv und in den Fällen 6 und 28 war eine Progredienz des spezifischen Prozesses deutlich nachweisbar. Zirrhotische Veränderungen waren bei 5 Patientinnen dieser Gruppe (Fall 2,6,9,16,28) zu erkennen. Im Fall 19 und 28 waren röntgenologisch in der Lunge Cavernen festzustellen. Von den 12 zu begutachtenden Frauen waren sechs (Fall 8,9,16,19,21,26) bereits wegen der tuberkulösen Erkrankung operiert worden.

Bei 10 dieser Patientinnen bestand die Tuberkulose vor Eintritt der zur Frage stehenden Gravidität bereits länger als ein Jahr, im Fall 9 jedoch weniger als zwölf und im Falle 5 sogar weniger als sechs Monate.
Unsere **Nachforschungen** über den Zustand derjenigen Patientinnen, bei denen in den Jahren 1947 mit 1952 von der Universitäts Frauenklinik Würzburg eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose abgelehnt worden war, ergaben bei diesen für die Zeit nach der Klinikentlassung folgendes Bild:

Von den 12 Patientinnen dieser Gruppe wurden insgesamt 10 Kinder geboren (Fall 2,5,6,8,10,16,19,21,26,28), und

zwar zwei in unserer Klinik (Fall 2 und 28; siehe auch Seite 79), die verbleibenden 8 außerhalb. In einem Falle (Fall 9) kam es nach Angabe der Patientin nicht zur Geburt. Möglicherweise hat es sich bei ihr damals tatsächlich nicht um eine Schwangerschaft gehandelt (Siehe Kasuistik Fall 9). Über eine Patientin (Fall 18) konnten wir bei unseren Nachforschungen keine Nachricht bekommen, da ihre derzeitige Adresse nicht zu ermitteln war.

Über das **Schicksal der 10 Kinder** dieser Patientinnen, bei denen von unserer Klinik eine Interruptio wegen Tuberkulose abgelehnt worden war, ergaben unsere Nachforschungen (Mai 1953), daß 8 von ihnen damals gesund und wohlauf waren (Fall 5,6,8,10,19,21,26 und 28). Über ein Kind war keine Nachricht zu erhalten, da seine Mutter nicht zu erreichen war (Fall 16). Eines dieser Kinder (Fall 2 bzw.34) erkrankte, nachdem es gesund die Klinik verlassen hatte, möglicherweise als Folge mangelder häuslicher Pflege und Obhut, etwa ein Jahr post partum (1949) an einer Lungentuberkulose, weswegen auch ein Heilstättenaufenthalt (August 1950 bis Februar 1951) und anschließend laufende halbjährliche Kontrollen notwendig wurden. Im Mai 1953 war seine Lungentuberkulose noch nicht vollständig ausgeheilt. Bei 9 der 12 chemaligen Patientinnen dieser Gruppe, bei denen unsererseits eine Interruptio abgelehnt worden war, ergaben unsere Nachforschungen, daß sich der Zustand ihrer Tuberkulose in den Monaten nach der Geburt gebessert hatte (Fall 2,5,8,9,10,19,21,26 und 28). Bei zwei dieser Frauen war es jedoch in graviditate und kurz post partum zu einer vorübergehenden Verschlechterung ihres Befundes gekommen (Fall 2 und 9).

Bei einer Patientin (Fall 6) waren ihr Befinden und der Zustand ihrer Tuberkulose während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Entbindung unverändert geblieben.
In zwei Fällen (Fall 16 und 18) waren unsere Nachforschungen über das Befinden dieser Frauen nach ihrer Entbindung ergebnislos.

Es ist, so weit uns bekannt ist, keine einzige dieser Patientinnen, bei denen die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkuolsse von der Universität Frauen-Klinik

Würzburg abgelehnt worden war, in graviditate, sub partu oder in unmittelbarem Anschluß an die Geburt gestorben.

ad c. Geburten bei Frauen mit einer Tuberkulose.

Bei den 41 Fällen mit tuberkulösen Erkrankungen, die in den Jahren 1947 mit 1952 zur Entbindung in die Universitäts-Frauenklinik Würzburg eingeliefert wurden, handelte es sich 39 mal um Patientinnen, die während der Berichtszeit nur einmal geboren haben. Zwei Frauen (Fall 40,46) suchten in diesen fünf Jahren noch ein zweites Mal zur Entbindung unsere Klinik auf (dann als Fall 57 und 68 beschrieben).

Drei dieser unserer Patientinnen (Fall 33,34,64) waren bereits während der Schwangerschaft wegen der bei ihnen bestehenden Tuberkulose in der Klinik vorstellig gewesen (damals als Fall 2, 16 und 28 aufgeführt) .

Mit Ausnahme von 7 Fällen (Fall 31,32,43,44,45,49,51) handelte es sich bei den tuberkulösen Frauen, die während unserer Beobachtungszeit in der Universitäts Frauenklinik Würzburg entbunden haben, um Patientinnen, bei denen die tuberkulöse Erkrankung damals länger als ein Jahr bestand. Die nachstehende Zusammenstellung gibt Auskunft über die Verteilung dieser 41 Geburtsfälle auf die Zeit von 1947-1952.

1947 haben 5 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 29, 30, 32, 60, 61)
1948 haben 8 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 31, 33, 34, 35, 36, 37, 62, 63,)
1949 haben 6 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 38, 39, 40, 41, 42, 64)
1950 haben 7 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 43, 44, 45, 46, 47, 65, 69)
1951 haden 7 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 48, 49, 50, 51, 52, 53, 66)
1952 haben 8 tuberkulöse Frauen entbunden
(Fall 54, 55, 56, 57, 58, 59, 67, 68)
1947 - 1952 haben 41 tuberkulöse Frauen entbunden.

16 unserer 41 Patientinnen waren I-Gravidae, 15 Frauen II-Gravidae und 4 von ihnen III.-Gravidae. Bei 4 Patientinnen bestand damals die 4. Schwangerschaft, in je einem Falle die 5. beziehungsweise die 10. Gravidität.

In 18 Fällen handelte es sich bei dem beschriebenen Partus um die erste Geburt, in 17 um die zweite, in 3 um die dritte in 2 um die vierte und bei einem um die neunte Entbindung. Die **Differenz zwischen der Zahl der Graviditäten und Geburten** erklärt sich durch die vorausgegangenen Fehl- und Frühgeburten sowie Interruptionen.

Die durchschnittliche **Dauer des gesamten Klinikaufenthaltes** betrug bei diesen unseren 41 Patientinnen 16 Tage die post partum 9,6 Tage.

Das Durchschnittsalter der Mütter errechneten wir bei den hier zu besprechenden Geburtsfällen mit 26 3/4 Jahren.

Die **Art der tuberkulösen Erkrankung** bei diesen unseren 41 Patientinnen war sehr verschieden. 37 Frauen waren an **Lungentuberkulose** erkrankt, sechs davon (Fall 32,35,36,43, 45,64) hatten einen positiven Sputumbefund. Bei 13 Patientinnen (Fall 31,35,39,46,47,48,51,53.56,58,59,61 66) war früher ein Pneumothorax angelegt worden und bei 3 Pat. (Fall 55, 61,63) handelt es sich um einen Zustand nach Lungenplastik. Bei Fall 64 war eine Phrenicotomie gemacht und bei Fall 46 und 68 je ein Oleothorax angelegt worden. Fall 46 hatte eine Pneumolyse, Fall 47 außerdem noch eine Kaustik. In den Fällen45,51,56 und 64 waren Cavernen nachweisbar.

Bei drei unserer Patientinnen bestand eine **Knochentuberkulose** (Fall 38,60,67). Fall 57 hatte einen **Fungus** im Kniegelenk, Fall 33 eine **Nierentuberkulose.**

Der **Geburtsverlauf** war bei diesen unseren Patientinnen im allgemeinen komplikationslos. Zur Verkürzung der Eröffnungsperiode wurde gegebenenfalls ausgiebig Gebrauch von Spasmolytica gemacht. In 7 Fällen (Fall 29,45,47,48,51,58,64) wurde, um die Austreibungsperiode zu erleichtern, eine **Beckenausgangszange** angelegt. Neun Mal wurde eine **Episiotomie** gemacht (Fall 29,41,45,47,48,51,55,56.65). Besondere **Nebenverletzungen** waren bei diesen unseren Fällen nicht aufgetreten.

Sonstige Kunsthilfe: Bracht'sche Manualhilfe in den Fällen 30,32 und 66. Drei Mal (Fall 59,67,69) war eine **Sectio caesarea** notwendig. Im Falle 59 waren 3 Totgeburten vorausgegangen. Außer einer Lungentuberkulose mit Pneumo-

thorax bestand bei dieser Patientin, die den dringenden Wunsch nach einem lebenden Kinde hatte, noch ein Diabetes mellitus. Auch bei Fall 67 handelte es sich um dringenden Kinderwunsch. In Anbetracht dessen und der Tatsache, daß diese Frau eine 34 Jhr. alte spondylitische Zwergin war, bei der eine schwerste, fistelnde Gibbusbildung im Bereiche der Lendenwirbelsäule vorlag, die bereits einmal eine Sectio durchgemacht hatte, dieses Kind aber nicht mehr lebt und schließlich auch ein enges Becken hatte, entschloß man sich hier zur Schnittentbindung. Im Falle 69 schließlich war eine stark blutende Plazenta prävia centralis bei exsudativer Lungentuberkulose die Indikation zum **Kaiserschnitt).**

In 3 Fällen (Fall 40,41,53) musste wegen starker Blutungen in der **Nachgeburtsperiode** die **Plazenta manuell** gelöst werden.

Die **durchschnittliche Dauer der Eröffnungsperiode** betrug bei unseren 38 Geburten per vias naturalis (also außer Fall 59,67,69) 9 Stunden 23 Minuten, die der **Austreibungsperiode** 0 Stunden 27 Minuten.

In 10 Fällen bestanden bei diesen 41 entbundenen Frauen **außer der Tuberkulose auch noch andere Erkrankungen** und zwar ein Herzklappenfehler im Fall 32, ein Myocardschaden (Fall 38), eine sehr ausgeprägte Varicosis beider Beine (Fall 39), ein Morbus Recklinghausen (Fall 42), Morbus Basedow (Fall 50), Schwangerschaftstetanie (Fall 54), Epilepsie (Fall 57), Diabetes mellitus (Fall 59), eine Herzinsuffizienz (Fall 64) und schließlich eine Plazenta prävia centralis (Fall 69).

Der **Wochenbettverlauf** war in 35 Fällen ohne Besonderheiten, 6 Mal (Fall 30,32,45,64,67,69) kompliziert. Im Fall 30 kam es zu Puerperalblutungen. Eine haematogene Streuung der Lungentuberkulose mit tötlichem Ausgang trat im Fall 32 auf. Im Falle 67 starb die Patientin an Herz- und Kreislaufversagen und im Falle 69 an Miliartuberkulose mit tuberkulöser Meningitis. Diese 3 Patientinnin kamen also im Wochenbett ad exitum. — Fall 64 wurde unmittelbar post partum wegen der Notwendigkeit einer internistischen Behandlung des Herzens (Herzinsuffizienz) und der

Tuberkulose (doppelseitige, offene, aktive, ausgedehnte, cirrhotisch-produktive, cavernöse Lungentuberkulose) in die Medizinische Universitätsklinik Würzburg verlegt. Auch die Fälle 45 (rechtsseitige, offene, cavernöse Hilusdrüsentuberkulose) und 69 (ausgedehnte, produktiv-cirrhotische, exsudative Oberlappentuberkulose rechts, beidseitiges Pleuraexsudat) wurden zur Weiterbehandlung der Tuberkulose dorthin überwiesen. — Eine Patientin (Fall 31) verstarb 2 Jahre nach der Geburt, also nicht als Folge des Partus, an Lungentuberkulose. Die **durchschnittliche Wochenbettdauer** betrug bei unseren Pat. dieser Gruppe 9,62 Tage.

Im Rahmen der **Nachforschungen** über das **spätere Schicksal der** tuberkulösen **Mütter** unseres Beobachtungsgutes konnten wir erfahren, daß es in 29 Fällen im Anschluß an die Geburt zu **keiner Verschlechterung** des tuberkulösen Befundes kam. In einem Falle (Fall 39) trat nach dem Partus eine auffallende subjektive **Verschlechterung** auf. Diese Beobachtung hatte diese Patientin auch nach einer früheren Geburt gemacht. Eine andere Patientin (Fall 30) ist 16 Monate post partum an Hirnlues **gestorben** und eine zweite, oben bereits erwähnte, (Fall 31) 2 1/2 Jahre nach der Entbindung an Lungentuberkulose. Diese beiden Todesfälle dürften nicht als Folge der Geburt anzusehen sein. Über 8 Patientinnen (Fall 29,33,41,44,50,60,61,63), von denen 5 Flüchtlinge waren (Fall 33,44,60,61,62), war **keine Nachricht** über ihr späteres Befinden zu erhalten.

Bei Fall 7, den wir der Vollständigkeit halber in dieser Arbeit mit angeführt haben, handelt es sich um eine Patientin, die unmittelbar nach der Geburt des Kindes mit einer Genitalblutung in die Klinik eingeliefert wurde und eine frische infiltrative Lungentuberkulose hatte. Sie wurde hier versorgt und am 5. Wochenbettag zur Behandlung ihrer Lungenerkrankung in die Medizinische Universitätsklinik Würzburg verlegt.

Schicksal der Neugeborenen: Unsere 41 tuberkulosekranken Patientinnen, die in den Jahren 1947 mit 1952 in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg entbunden haben, haben insgesamt 42 Kinder zur Welt gebracht. Unter ihnen ein Zwillingspärchen (Fall 42). — Eines der Kinder (Fall

68), war eine Totgeburt mit Zeichen der Maceration.

Über das **spätere Schicksal** von 19 **Kindern** dieser Gruppe haben wir Nachricht (Mai 1953). Sie waren damals ein halbes bis sechseinhalb Jahre alt. Von ihnen war keines gestorben. Sie waren vielmehr zu jenem Zeitpunkt gesund bis auf eines, das etwa 1 Jahr nach der Geburt, wahrscheinlich bedingt durch eine nicht ausreichende häusliche Isolierung und Pflege, eine Lungentuberkulose hatte und trotz Heilstättenbehandlung (August 1950 bis Februar 1951) im Mai 1953 noch immer nicht restlos ausgeheilt war (Fall 34, siehe auch Seite 81).

D. ZUSAMMENFASSUNG.

Die vorliegende Arbeit soll ein Beitrag zum Problem Tuberkulose und Schwangerschaft sein und behandelt das diesbezügliche Krankengut (67 Fälle) der Universitäts Frauen-Klinik Würzburg in den Jahren 1947 mit 1952.

Diese Dissertation ist die Fortsetzung der Arbeiten von Ferstel (1930), Scherer (1937) und Baumann (1947). Einleitend wird anhand eines kurzen geschichtlichen Überblickes die unterschiedliche Beurteilung der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose im Laufe der letzten Jahrzehnte dargestellt. Es folgt dann eine Zusammenstellung neuerer Literaturangaben über dieses Thema, die zeigt, daß heute fast allgemein die Ansicht vertreten wird, daß eine Schwangerschaft die Behandlungsmöglichkeiten einer Tuberkuolse nicht einschränkt, indem sogar, wenn notwendig, große chirurgische Eingriffe während der Gravidität mit bestem Erfolg durchgeführt werden können. Allgemein werden von den Autoren Lungenheilstätten mit eigenen Abteilungen für schwangere Frauen gefordert, da in diesen die notwendige spezielle Behandlung am besten durchgeführt werden kann.

Es wird im Rahmen dieser Arbeit weiterhin noch die ungenügende gesetzliche Regelung der Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation (z.B. Tuberkulose) erörtert.

Während unserer Berichtszeit (1.1.1947—31.12.1952) kamen 27 schwangere Patientinnen, die an einer Tuberkulose litten, zur Beurteilung der Frage einer **Interruptio** in unsere Klinik. In 15 Fällen wurde eine Unterbrechung der Schwangerschaft durchgeführt, in 12 Fällen wurde sie abgelehnt. In den Jahren 1947 mit 1952 haben in unserer Klinik 41 tuberkulöse Patientinnen **entbunden.** Eine Wöchnerin kam wegen genitaler Blutungen im Anschluß an eine Hausgeburt bei bestehender Tuberkulose in die Klinik.

Unsere **Nachforschungen** ergaben, daß von 40 Patientinnen, von denen wir sichere Nachricht über ihr späteres Ergehen haben, bei 37 Frauen durch die Geburt keine Verschlechterung der Tuberkulose eingetreten ist. Drei Patientinnen (Fall 32,67 und 69) sind im Anschluß an die Geburt gestorben und zwar zwei an den Folgen einer haematogenen Aussaat ihrer Lungentuberkulose (Fall 32 und 69) 3 Wochen bzw. 9 Tage post partum, die dritte Patientin (Fall 67) an einem paralytischen Ileus und Herz- und Kreislaufversagen 5 Tage post operationem.

Bei 10 der 12 ehemaligen Patientinnen, bei denen während unserer Berichtszeit eine **Schwangerschaftsunterbrechung** wegen Tuberkulose (von der Universitäts Frauenklinik Würzburg) **abgelehnt** wurde, ist es zu keiner Verschlechterung des Zustandes gekommen, bei 9 von ihnen war vielmehr sogar eine Besserung zu verzeichnen (Fall 2,5,8,9,10,19,21, 26 und 28). In zwei Fällen (Fall 16 und 18) waren unsere Nachforschungen über das Befinden der Frauen nach der Entbindung ergebnislos.

In den Fällen, in denen während der Jahre 1947 mit 1952 in unserer Klinik eine Interruptio wegen bestehender Tuberkulose durchgeführt wurde, handelte es sich um schwerste derartige Erkrankungen. Tuberkulöse Affektionen, die keine ernste Gefahr für das Leben der Mutter darzustellen schienen, wurden abgelehnt.

In den Fällen 5 und 6, bei denen eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bestand, wurde diese auf Wunsch der Patientinnen nicht durchgeführt. Bei diesen zwei Frauen kam es im Laufe der Schwangerschaft, bei

der Geburt und auch im Wochenbett zu keiner Verschlechterung ihres Zustandes.

In vier Fällen (Fall 10,16,18 und 26) wurde von anderer Seite eine Interruptio als notwendig erachtet, von unserer Klinik jedoch verneint. Leider haben wir von zwei dieser Patientinnen keine Nachricht erhalten können. In den verbleibenden zwei Fällen (Fall 10 und 26) endete die Schwangerschaft mit einer termingerechten, normalen Geburt. Den Müttern und den Kindern geht es gut.

Auf das **Stillen** wurde bei unseren tuberkulösen Wöchnerinnen **generell verzichtet,** um die durch diese Erkrankung bereits geschwächten Frauen nicht noch mehr zu belasten. Bei einer offenen Tuberkulose der Mutter wurde eine sofortige **Isolierung des Kindes** post partum veranlasst.

Von **41 Frauen unseres Beobachtungsgutes** wurden insgesamt **41 lebende, gesunde Kinder geboren,** unter ihnen ein Zwillingspaar (Fall 42). Eines dieser Kinder (Fall 34) ist nachdem es gesund die Klinik verlassen hatte, etwa ein Jahr post partum, wohl infolge mangelnder häuslicher Isolierung und Pflege, an Lungentuberkulose erkrankt. Ein Kind kam tot zur Welt (Fall 68).

Es ist mir eine angenehme Pflicht, abschließend dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik Würzburg,

Herrn Professor Dr. med. K. Burger

für die Überlassung des Themas, die Unterstützung bei der Arbeit und die Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank aussprechen zu dürfen.

Literatur-Verzeichnis

Adelberger: zit. bei Schüler: Zbl. Gyn. (1949): 1145
Alfieri: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1952):959
Baumann: Inaug. Dissert. Würzburg 1947
Badde: zit. bei Goecke Gebh. u. Frauenhk. (1948): 423
Badger: Americ. Revue of Tuberculosis (1953), 5:67
Baudeloque: zit. bei Schmid Z. Gynäk. 132:201
Bayerisches Statistisches Landesamt: „Die Tuberkulose in Bayern"
Beckmann: zit. bei Kampelmann Zbl. Gynäk. (1949): 1142
Bernheim: F. Science 92, 204: (1940)
Beven: Tubercle XXXIII (1952) 1:13, ref. in Tuberkulosearzt (1952) 1:13
Blisnianskaja: zit. bei Schmid Zbl. Gynäk. (1952):959
Boehme: Zbl. Gynäk. (1949):1140
Brauning: Lungentuberkulose und Schwangerschaft, Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1935
Braeuning: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Braeuning: zit. bei Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Cohen: Americ. Revue of Tuberculosis (1952) 1:65
Cugel: Americ. Revue of Tuberculosis (1953) 5:67
Curschmann: zit. bei Schmid Zbl. Gynäk. (1949):1133
Dessit: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Diehl: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Dittmar: Zbl. Gynäk. (1952):477
Dittmar: Zbl. Gynäk. (1950): 641
Döderlein: Zbl. Gynäk. (1952):477
Doerfler: zit.bei B.Mueller: Gerichtl. Medizin: Springer Verlag, Berlin 53.
Edge: Brit. M.J. (1952) 19:845
Emmerich: Zbl. Gynäk. (1952):477
Enzmann: Südwestdeutsches Aerzteblatt (1952):199
Ferstel: Inaug. Dissert. Würzburg 1930
Forlanini: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1952):959
Fourestier: Der Tuberkulosearzt (1952):181
Frey: Der Tuberkulosearzt (1953):361
Frisch: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Froewis: Mschr. Gynäk. u. Gebh. (1949). 128:173
Gabe: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Gaensler: Americ. Ruvue of Tuberculosis (1953), 5:67
Goedde: zit. bei Schüler: Zbl. Gynäk. (1949):1145
Goecke: Zbl. Gynäk. (1949):1133

Goecke: zit. bei Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950): 1946
Goecke: Gebh. u. Frauenhk. (1948):423
Goecke: Gebh. u. Frauenhk. (1949):465
Goecke: Der Tuberkulosearzt (1950):353
de Gouvea: Clin. Tisiol (1951). 6:46
Grasset: Der Tuberkuolsearzt (1952):314
Grisolles: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Hacke. Gebh. u. Frauenhk. (1948):287
Hansen: Gebh. u. Frauenhk. (1951):1048
Hansen: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Hansen: zit. bei Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Hansen: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Heymer: Gebh. u. Frauenhk. (1948):717
Heymer: Zbl. Gynäk. (1949): 1147
Heymer: Der Tuberkulosearzt (1949):1
Heymer: Der Tuberkulosearzt (1950):353
Hübschmann: zit. bei Schmid: Ztschr. f. Gynäk. 132:201
Hutchinson: zit. bei Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Ickert: Der Tuberkulosearzt (1950):353 und 421
Jahn: Gebh. u. Frauenhk. (1949):226
Jahnson: Der Tuberkulosearzt (1949):351
Kalbfleisch: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Keher: zit. bei Bergin: Zbl. Gynäk. (1952):477
Kesseböhmer: Der Tuberkulosearzt (1952):311
Kimbrough: Clinic. Obstetr. New York 1953
Kirch: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Klee: Zbl. Gynäk. (1949):1136
Kovats: Gebh. u. Frauenhk. (1951):957
König: Der Tuberkulosearzt (1950):353
König: zit. bei Goecke: Gebh. u. Frauenhk. (1948):423
Köster: Zbl. Gynäk. (1949):1125
Kuhlmann: Med. Mschr. (1949). 8:297
Kühnen: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1135
Kraatz: Zbl. Gynäk. (1952):477
Landen: Zschr. Gynäk. 127:310
Lehmann: Lancet (1946). 14:15
Liebemeister: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949): 1133
Lippincott: Clinic. Obstetr. New York 1953
Lull: Clinic. Obstetr. New York 1953

Lundstroem: Zbl. Gynäk. (1949):526
Lydtin: zit. bei Kampelmann: Zbl. Gynäk. (1949):1142
Lydtin: Der Tuberkulosearzt (1950):353
Mayer, A. Gebh. u. Frauenhk. (1951):380
Mayer, A.: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Mayer, A.: Der Tuberkulosearzt (1950): 53
Mayer, A.: Münch. Med. Wschr. (1953):772
Menge: zit .bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Meinrenken: Gebh. u. Frauenhk. (1949):719
Morandi: Der Tuberkulosearzt (1950): 363
Mueller, B.: Gerichtl. Medizin. Springer-Verlag, Berlin 1953
Naujoks: Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung, Enke Verlag Stuttgart 1949
Norris: zit. bei Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Opitz: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Pinner: C.Ch. Thomas, Springfield (1945). 1:11
Ratner: Quart. Bull. Sea View Hospital. (1951). 1:12
Reimers: Zbl. Gynäk. (1949):1137
Reist: Mschr. Gebh. u. Gynäk. (1948). 126:205
Rochat: Mschr. Gebh. u. Gynäk. (1948). 126:205
Rubin: Diseases of the chest, W. B. Saunder Co., Phil. u. London 1950
Rummel: Der Tuberkulosearzt (1949):102
Sachs: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Schaich: Gebh. u. Frauenhk. (1952):481
Scheret: Inaug. Dissert. Würzburg 1937
Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Schmidt-Elmendorff: Zbl. Gynäk. (1949):1145
Schmitz: Zbl. Gynäk. (1949):1128
Schoenbeck: Der Tuberkulosearzt (1949):675
Schroeder: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Schüler: Zbl. Gynäk. (1949):1145
Schultze-Rhonhof: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949):1133
Schultze-Rhonhof: Zbl. Gynäk. (1949):1148
Seegers: Zbl. Gynäk. (1949):1125
Seegers: Zbl. Gynäk. (1949):1145
Seegers: Der Tubekuloösearzt (1950):353 und (1952):52
Seegers: Gebh. u. Frauenhk. (1954), 3:188
Sellheim: zit. bei Schmid: Zbl. Gynäk. (1949): 1133
Sommer: Zbl. Gynäk. (1949):1144 und (1952): 477

Stadler: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen. Herausgeber: Reichsärztekammer, Lehmanns Verlag München 1936
Stickel: Gebh. u. Frauenhk. (1952)
Stolte: Zbl. Gynäk. (1949):1140
Sturm: Zbl. Gynäk. (1949): 1134
Sybel: Inaug. Dissert. Würzburg 1931
Viragh: Chef of Tb. Service of Guam USA; persönliche Mitteilung
Weicksel: Zbl. Gynäk. (1950):1946
Weiler: Bayerisches Aerzteblatt (1953). 7:101
Weiß und Federhen: zit. bei B. Mueller, Gerichtl. Medizin, Springer Verlag Berlin 1953.
Wenner: Mschr. Gebh. u. Gynäk. (1948):205
Wolf: Zbl. Gynäk. (1949): 1137
Young: Brit. M. I. (1936). 2:749.

Lebenslauf.

Am 15. Mai 1922 wurde ich in Bad Bocklet als erster Sohn des Dr. med. Ludwig T r ü m b a c h und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Brauburger geboren. Nach vier Jahren Volksschule in Bad Bocklet besuchte ich das humanistische Gymnasium in Würzburg, dann die Oberschule in Bad Kissingen bis zum Übergang in die 8. Klasse. 1940 wurde ich Soldat und konnte nach meinen Verwundungen während der Lazarettzeit (1942/43) die 8. Klasse der Oberschule in Bad Kissingen absolvieren und bekam von dort 1943 das Reifezeugnis. 1945 begann ich in Erlangen das Medizinstudium. Nach 4 Semestern bestand ich dort das Physikum und nach 10 Semestern (Januar 1951) das medizinische Staatsexamen. Meine Pflichtassistentenzeit leistete ich vom 1.2.1951 bis zum 1.12.1951. in der väterlichen Praxis ab. Anschließend war ich 4 Monate im St. Elisabethkrankenhaus in Bad Kissingen tätig, vom 1. 4. 1952 bis 30. 4. 1952 arbeitete ich als Pflichtassistent in der Frauenklinik Dr. Grieninger, Bad Kissingen und vom 1.5.—31.5.1952 in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen. In der Folgezeit machte ich verschiedene Praxisvertretungen und war dann wieder in Bad Kissingen (1.2.1953—31.7.1953, Chirurgische Klinik Dr. Katzenberger; 1.2.1954—30.4.1954 Frauenklinik Dr. Grieninger) ärztlich tätig. Seit dem 1.5.1954 arbeite ich im Sanatorium und in der Kur- und Kassenpraxis meines Vaters in Bad Bocklet.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe. Ein mir früher zugeteiltes Thema habe ich ordnungsgemäß zurückgegeben.

Wolfgang Trümbach